



Universidade Católica Portuguesa

PROMOÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA NA  
PESSOA IDOSA COM DIABETES: ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO

*PROMOTING MEDICATION ADHERENCE IN THE  
OLDER PEOPLE WITH DIABETES: RANDOMIZED  
CLINICAL TRIAL*

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de Doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada

Por Claudia Jorge de Sousa Oliveira

Instituto de Ciências da Saúde

outubro, 2019







Universidade Católica Portuguesa

PROMOÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA NA  
PESSOA IDOSA COM DIABETES: ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO

*PROMOTING MEDICATION ADHERENCE IN THE  
OLDER PEOPLE WITH DIABETES: RANDOMIZED  
CLINICAL TRIAL*

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de Doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada

Por Claudia Jorge de Sousa Oliveira

Sob a orientação de Helena Maria Guerreiro José e Alexandre Lemos de  
Castro de Caldas

Instituto de Ciências da Saúde

outubro, 2019



...à minha filha, ao meu marido, aos meus pais e à  
minha avó, por serem o meu porto seguro!



*É a maneira como um acto ou um gesto toma  
sentido para a pessoa, que faz com que ele lhe seja  
de ajuda e que contribua para o seu bem-estar. Aqui  
reside a única e verdadeira complexidade da  
Enfermagem (...).*

(Hesbeen, 2000 p.64)



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar.... A ti meu marido, cuja compreensão, força, incentivo e motivação me permitiram ultrapassar todas as barreiras e obstáculos e concretizar este objetivo.

À minha filha, que apesar de pequena, compreendeu e soube-me aquecer o coração através dos seus sorrisos reconfortantes e abraços calorosos.

Aos meus pais, avó e restantes familiares que entenderam os momentos de ausência e cuidaram da minha filha, proporcionando-me disponibilidade para prosseguir este meu sonho...acreditando nesta viagem.

Aos meus avôs e avó, que permanecem vivos no meu coração... sei que iluminam o meu caminho dia após dia e que estão felizes por mim.

E como não poderia deixar de ser... um profundo e sincero agradecimento à Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José, pela partilha, aprendizagem, reconhecimento, motivação... mas principalmente pela amizade. Como me disse... com persistência, regularidade e determinação... tudo é possível. Eternamente grata!

Ao Professor Doutor Alexandre Lemos de Castro Caldas, grata pelo seu interesse neste projeto, por todo o conhecimento partilhado e disponibilidade neste percurso.

A todos os meus amigos... que, mesmo sem saberem, me deram a força necessária para seguir este caminho com determinação.

Em especial... à Joana Sousa e ao Hugo Neves... vocês nem imaginam o quão importantes foram... estarão sempre guardados no meu coração.

Ao Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde Lisboa, um profundo e sentido agradecimento por terem acreditado neste estudo.

A todos os meus Colegas, Enfermeiros Chefes e Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, um sincero agradecimento por me terem facilitado e facultado os dias necessários.

Ao Presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve, à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Central e à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Algarve o mais sincero agradecimento por terem acreditado nesse estudo.

A todos os enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar em estudo, um bem-haja.

À Professora Doutora Ana Marreiros e à Professora Doutora Patrícia Pinto... vocês foram excecionais. Grata pela partilha, discussão e produção conjunta aquando do tratamento estatístico. O vosso rigor foi uma mais-valia!

Aos professores da *European Academy of Nursing Science*, em especial ao Professor David Richards, pelo pragmatismo e pelos momentos de diálogo e reflexão conjunta.

A todos os amigos e colegas da *European Academy of Nursing Science* por me permitirem alargar horizontes através da multiculturalidade e diferentes perspetivas discutidas em Nijmegen, Rennes e Barcelona. *Thanks!*

A todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo, pois sem vós nada faria sentido.

E por último... um muito obrigada a todos os enfermeiros que no seu dia-a-dia procuram a excelência do cuidar em enfermagem.

*Grateful...*

*...because all of you live in my heart!*



## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPD	Comissão Nacional de Protecção de Dados
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EPS	Entrevista ao Profissional de Saúde
EU	Entrevista ao Utente
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HbA1C	Hemoglobina Glicada
ICM	Índice de Complexidade Medicamentosa
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IERM	Intervalo Ideal Estimado entre a Aquisição de Fármacos
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRRM	Intervalo Real entre a Aquisição de Fármacos
JBÍ	<i>Joanna Brigs Institute</i>
MEMS	<i>Medication Event Monitoring System</i>
MMAS	<i>Morisky Medication Adherence Scale</i>
MRCI	<i>Medication Regimen Complexity Index</i>
NCA	Número de Comprimidos Adquiridos
NCP	Número de Comprimidos que deviam ter sido consumidos, de acordo com a Prescrição
NCR	Número de Comprimidos que Restam na Embalagem
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PICO	<i>Participant, Intervention, Comparison, Outcome</i>
QUALYs	<i>The Quality-Adjusted Life-Year</i>
SMS	<i>Short Message Service</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF A	Grupo Experimental

USF B	Grupo Controlo
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQoL-BREF	Questionário Qualidade de Vida
WHOQoL-OLD	Questionário Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

## LISTA DE ABREVIATURAS

bpm	Batimentos por minuto
cm	Centímetros
Kg	Quilograma
Kg/m <sup>2</sup>	Quilograma por metro quadrado
Máx.	Máximo
mg/dl	Miligramas por decilitro
Min.	Mínimo
mmHg	Milímetro de mercúrio
n.º	Número
p.	Página
Sr.	Senhor
Sra.	Senhora



## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento, é um dos fenómenos mais marcantes na sociedade do século XXI. Associado ao avanço da idade, as pessoas idosas encontram-se mais propensas ao aparecimento de doenças crónicas e com necessidade em aderir a um regime medicamentoso, muitas vezes complexos. A não adesão à medicação é um problema, que os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar a solucionar considerando que aderir à medicação implica uma transição de vida, que se deseja saudável.

**Objetivos:** Clarificar, implementar e testar a eficácia de uma intervenção complexa em Enfermagem, com vista à adesão medicamentosa da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2.

**Método:** Este estudo foi realizado em três fases distintas. A primeira, contemplou uma revisão sistemática e um estudo de natureza qualitativa através da realização de entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde e a pessoas idosas com Diabetes. Na segunda fase efetuou-se um estudo observacional e na terceira fase desenvolveu-se um ECR.

**Resultados:** Aquando da primeira fase foi possível identificar as componentes da intervenção complexa e os fatores preditores da não adesão. Relativamente à segunda fase, foi possível constatar que a amostra apresenta um ICM com uma média de 15.63 ( $\pm 6.84$ ) e um total de medicamentos prescritos com uma média de 5.4 ( $\pm 1.92$ ). No que se refere à HbA1C obteve-se um valor médio superior ao desejado, de 7.09% ( $\pm 1.14$ ), com um mínimo de 5.3% e máximo de 12.4%. No ECR, verificou-se no grupo experimental uma melhoria da taxa de adesão à medicação, face ao grupo controlo, entre a avaliação inicial e a final, sendo a diferença das médias estatisticamente significativa. Constatou-se ainda a obtenção de valores mais elevados de qualidade de vida percecionada no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo, tendo a diferença das médias sido comprovada e validada através de teste estatístico.

**Conclusões:** A promoção da taxa de adesão à medicação é um indicador sensível aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa posição de destaque para a capacitação das pessoas idosas para uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

**Descritores:** Enfermagem, Idoso, Adesão à Medicação, Diabetes *mellitus*, Ensaio Clínico Controlado Aleatório, Enfermagem Baseada em Evidências.



## ABSTRACT

**Introduction:** Aging is one of the most striking phenomena in 21<sup>st</sup> century society. Associated with advancing age, older people are more prone to the onset of chronic diseases and need to adhere to a drug regimen, often complex. Non-adherence to medication is a problem, which nurses have a responsibility to help solve considering that adherence to medication implies a life transition, one wishes to be healthy.

**Objectives:** To clarify, implement and test the efficacy of a complex intervention in Nursing with a view to medication adherence of the aged person with Type 2 Diabetes *mellitus*.

**Method:** This study was performed in three distinct phases. The first included a systematic review and a qualitative study by conducting semi-structured interviews to older people with Diabetes and health professionals. In the second phase an observational study was carried out and in the third phase a randomized controlled trial was developed.

**Results:** During the first phase it was possible to identify the components of the complex intervention and the predictive factors of non-adherence. Regarding the second phase, it was possible to verify that the sample presents an MRCI with an average of 15.63 ( $\pm$  6.84) and a total of prescribed drugs with an average of 5.4 ( $\pm$  1.92). With regard to HbA1C, the medium value was 7.09% ( $\pm$  1.14), higher than the desired, with a minimum of 5.3% and a maximum of 12.4%. In the randomized controlled trial, the experimental group showed an improvement in the rate of adherence to the medication, compared to the control group, between the initial and final evaluations, being the average difference statistically significant. We also obtained higher values of perceived quality of life in the experimental group compared to the control group, and having the average difference been verified and validated by statistical test.

**Conclusions:** The promotion of medication adherence rate is a sensitive indicator of nursing care. Nurses are in a leading position for the empowerment of older people for effective management of the drug regimen.

**Descriptors:** Nursing, Aged, Medication Adherence, Diabetes *mellitus*, Randomized Controlled Trial, Evidence-Based Nursing.





## RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento, es uno de los fenómenos más llamativos en la sociedad del siglo XXI. Asociado a la edad avanzada, los ancianos se encuentran más propensos a la aparición de enfermedades crónicas, con la consecuente necesidad de adherirse a un régimen medicamentoso, a menudo complejo. La no adhesión a la medicación se convierte en un problema, en la que los enfermeros tienen como responsabilidad, ayudar a solucionar, considerando que la adhesión a la medicación, implica una transición de vida, que se desea saludable.

**Objetivos:** Clarificar, implementar y probar la eficacia de una intervención compleja en Enfermería, con vistas a la adhesión medicamentosa del anciano con Diabetes *mellitus* tipo 2.

**Método:** Este estudio se realizó en tres fases distintas. La primera, contempló una revisión sistemática y un estudio de naturaleza cualitativa a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y a ancianos con diabetes. En una segunda fase se efectuó un estudio observacional y en una tercera fase se desarrolló un ensayo clínico aleatorizado.

**Resultados:** En la primera fase fue posible identificar los componentes de la intervención compleja y los factores predictores de la no adhesión. En cuanto a la segunda fase, fue posible constatar que la muestra presenta un índice de complejidad medicamentosa con una media de 15.63 ( $\pm$  6.84) y un total de medicamentos prescritos con una media de 5.4 ( $\pm$  1.92). En lo que se refiere a la HbA1C se obtuvo un valor medio superior al deseado, del 7.09% ( $\pm$  1.14), con un mínimo de 5.3% y un máximo de 12.4%. En el ensayo clínico controlado aleatorio, fue observado en el grupo experimental una mejora de la tasa de adhesión a la medicación, frente al grupo control, entre la evaluación inicial y la final, siendo la diferencia de las medias estadísticamente significativa. Se constató además, la obtención de unos valores más elevados de calidad de vida en el grupo experimental en comparación con el grupo de control, siendo comprobada y validada la diferencia de los promedios a través de análisis estadístico.

**Conclusiones:** La promoción de la tasa de adhesión a la medicación es un indicador sensible de los cuidados de enfermería. Los enfermeros se encuentran en una posición destacada para la capacitación de los ancianos, para una gestión eficaz de un régimen medicamentoso.

**Descriptores:** Enfermería, Anciano, Cumplimiento de la Medicación, Diabetes *mellitus*, Ensayo Clínico Controlado Aleatorio, Enfermería Basada en la Evidencia.



## RÉSUMÉ

**Introduction:** Le vieillissement est l'un des phénomènes les plus frappants de la société du XXI<sup>e</sup> siècle. Associé au vieillissement, les personnes âgées sont les plus sujettes aux maladies chroniques et doivent adhérer à un traitement médicamenteux, souvent complexe. La non-adhérence à ce traitement est un problème que les infirmiers ont la responsabilité d'aider à résoudre, considérant que le fait d'adhérer aux médicaments implique une transition de vie, que l'on souhaite saine.

**Objectifs:** Clarifier, mettre en œuvre et tester l'efficacité d'une intervention complexe en soins infirmiers en vue de l'adhésion aux médicaments chez la personne âgée atteinte de diabète de type 2.

**Méthode:** Cette étude a été réalisée en trois phases distinctes. La première comprenait une revue systématique et une étude qualitative en menant des entretiens semi-structurés avec des professionnels de santé et des personnes âgées atteintes de diabète. Dans la deuxième phase, une étude observationnelle a été réalisée et dans la troisième phase, un essai clinique randomisé a été développé.

**Résultats:** Au cours de la première phase, il a été possible d'identifier les composants de l'intervention complexe et les facteurs prédictifs de non-adhérence. En ce qui concerne la deuxième phase, il a été possible de vérifier que l'échantillon présentait une complexité médicamenteuse avec une moyenne de 15.63 ( $\pm$  6.84) et un total de médicaments sur ordonnance avec une moyenne de 5.4 ( $\pm$  1.92). En ce qui concerne l'HbA1C nous avons obtenu, une valeur de 7.09% ( $\pm$  1.14) (moyenne supérieure à la valeur souhaitée), avec un minimum de 5.3% et un maximum de 12.4%. Dans le cadre de l'essai clinique randomisé, nous avons vérifié une amélioration du taux d'adhérence aux médicaments entre le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, entre les évaluations initiales et finales, la différence moyenne était statistiquement significative. Nous avons également obtenu des valeurs plus élevées de qualité de vie perçue dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, et la différence moyenne a été vérifiée et validée au moyen d'un test statistique.

**Conclusions:** La promotion du taux d'adhérence aux médicaments est un indicateur sensible des soins infirmiers. Les infirmiers occupent une position de premier plan en ce qui concerne la formation des personnes âgées en vue d'une gestion efficace du régime médicamenteux.

**Mots-clés/ Descripteurs:** Soins Infirmiers, Adhérence médicale, Personnes Âgées, Observance Thérapeutique, Diabète de type 2, Essai Clinique Contrôlé Randomisé, Soins Infirmiers Basée sur la Preuve.



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolução da pirâmide etária entre 2002 e 2025 .....	37
Figura 2. Pirâmide etária, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central) ....	38
Figura 3. Fatores da adesão à medicação.....	53
Figura 4. Modelo de adesão de Ley .....	68
Figura 5. Medical Research Council 2008.....	89
Figura 6. Identificação, análise e seleção dos artigos para a revisão sistemática .....	93
Figura 7. Fluxograma do Estudo III .....	104
Figura 8. Cálculo Amostral.....	105
Figura 9. Pilares para a promoção da adesão medicamentosa. ....	181
Figura 10. Modelo explicativo para uma gestão eficaz do regime medicamentoso. ...	194



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das pessoas idosas por idades. ....	135
Gráfico 2. Distribuição das pessoas idosas por ICM.....	140
Gráfico 3. Distribuição dos valores de HbA1C pela amostra. ....	142





## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis da taxonomia .....	71
Tabela 2. Intervenções educacionais para promover a adesão à medicação .....	73
Tabela 3. Intervenções comportamentais para promover a adesão à medicação .....	74
Tabela 4. Critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática da literatura .....	91
Tabela 5. Cálculo do tamanho da amostra após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão .....	99
Tabela 6. Artigos selecionados – Autores, participantes e desenho do estudo. ....	114
Tabela 7. Distribuição por género e classes de idade (Estudo I – Utentes).....	115
Tabela 8. Caracterização da amostra no que concerne ao grau de literacia por género (Estudo I – Utentes). ....	116
Tabela 9. Distribuição da amostra por género e agregado familiar (Estudo I – Utentes). ....	116
Tabela 10. Caracterização da amostra em relação ao total de medicamentos prescritos e total de medicamentos ingeridos por género (Estudo I – Utentes). ....	117
Tabela 11. Categorias e Subcategorias que emergiram do verbatim dos utentes. ....	117
Tabela 12. Categorias e Subcategorias da interpretação do conteúdo das entrevistas aos profissionais de saúde.....	127
Tabela 13. Distribuição da amostra por USF. ....	134
Tabela 14. Distribuição da amostra por género e classes de idade.....	134
Tabela 15. Distribuição da amostra por género e por USF. ....	135
Tabela 16. Distribuição da amostra por género e estado civil.....	136
Tabela 17. Caracterização da amostra no que concerne ao Estado Civil e USF.....	136
Tabela 18. Distribuição da amostra por género e agregado familiar.....	137
Tabela 19. Caracterização da amostra no que concerne ao Agregado Familiar e USF. ....	137
Tabela 20. Distribuição da amostra por anos de diagnóstico. ....	137
Tabela 21. Caracterização da amostra no que concerne à escolaridade.....	138
Tabela 22. ICM e Total de Medicamentos prescritos da amostra e por USF.....	139
Tabela 23. Índice de Complexidade Medicamentosa por género.....	139
Tabela 24. Índice de Complexidade Medicamentosa por USF e por género. ....	141
Tabela 25. Biometrias da amostra e por USF. ....	143

Tabela 26. Comparação das diferenças por USF no que concerne às biometrias. ....	144
Tabela 27. Distribuição da amostra por género e por classes de idade. ....	145
Tabela 28. Distribuição da amostra por género e por estado civil. ....	145
Tabela 29. Distribuição da amostra por género e por agregado familiar. ....	145
Tabela 30. Distribuição da amostra por anos de diagnóstico. ....	146
Tabela 31. Distribuição da amostra por género e por anos de diagnóstico. ....	146
Tabela 32. Caraterização da amostra no que concerne ao Estado Civil e USF. ....	147
Tabela 33. Caraterização da amostra no que concerne às habilitações literárias e USF. ....	147
Tabela 34. Caraterização da amostra no que concerne ao Agregado Familiar e USF. ....	148
Tabela 35. ICM e Total de Medicamentos prescritos por USF. ....	148
Tabela 36. ICM por USF e por género. ....	149
Tabela 37. ICM por USF e por Classes de Idades. ....	150
Tabela 38. Comparação da adesão ao regime medicamentoso nos dois momentos de avaliação. ....	150
Tabela 39. Adesão ao regime medicamentos por género. ....	151
Tabela 40. Adesão ao regime medicamentos por classes de idades. ....	151
Tabela 41. Adesão ao regime medicamentos por classes de anos de diagnóstico. ....	151
Tabela 42. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por classes de anos de diagnóstico. ....	152
Tabela 43. Comparação da adesão ao regime medicamentoso por USF nos dois momentos de avaliação. ....	152
Tabela 44. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF. ....	153
Tabela 45. Adesão ao regime medicamentos por USF e por género. ....	153
Tabela 46. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por género. ....	154
Tabela 47. Adesão ao regime medicamentos por classes de idades por USF. ....	154
Tabela 48. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por classes de idades. ....	155
Tabela 49. Adesão ao regime medicamentos por classes de anos de diagnóstico por USF. ....	155
Tabela 50. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por classes de anos de diagnóstico. ....	156

Tabela 51. Adesão ao regime medicamentos por USF e por habilitações literárias. ....	157
Tabela 52. Correlação entre taxa de adesão à medicação e ICM. ....	157
Tabela 53. Correlação entre taxa de adesão à medicação e ICM por USF.....	158
Tabela 54. WHOQOL-BREF: Coeficientes de Cronbach dos domínios, das 26 questões e dos 4 domínios estudados individualmente.....	159
Tabela 55. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva. ....	159
Tabela 56. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva por USF no momento inicial. ....	160
Tabela 57. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva por USF no momento final. ....	160
Tabela 58. Teste $t$ para amostras independentes, no que concerne à qualidade de vida por USF.....	161
Tabela 59. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à qualidade de vida por USF nos dois momentos de avaliação. ....	161
Tabela 60. WHOQOL-BREF por géneros nos dois momentos de avaliação (USF A). ....	162
Tabela 61. WHOQOL-BREF por géneros nos dois momentos de avaliação (USF B). ....	162
Tabela 62. WHOQOL-BREF por classes de idade nos dois momentos de avaliação (USF A). ....	163
Tabela 63. WHOQOL-BREF por classes de idade nos dois momentos de avaliação (USF B).....	163
Tabela 64. WHOQOL-OLD: Coeficientes de Cronbach das 28 questões e das 7 facetas individualmente. ....	164
Tabela 65. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva por momentos de avaliação. ....	165
Tabela 66. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva nos dois momentos de avaliação (USF A) ....	165
Tabela 67. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva nos dois momentos de avaliação (USF B).....	166
Tabela 68. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne à WHOQoL- OLD por USF. ....	167
Tabela 69. Recorrências hospitalares ....	167
Tabela 70. Comparação dos parâmetros biométricos das pessoas inserida na USF A nos dois momentos de avaliação.....	168
Tabela 71. Comparação dos parâmetros biométricos das pessoas inserida na USF B nos dois momentos de avaliação.....	169
Tabela 72. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne aos parâmetros biométricos avaliados na USF A. ....	169

Tabela 73. Teste $t$ para amostras emparelhadas, no que concerne aos parâmetros biométricos avaliados na USF B.....	170
Tabela 74. Correlação entre hemoglobina glicada e taxa de adesão medicamentosa por USF nos dois momentos de avaliação.....	171

## ÍNDICE GERAL

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>35</b>
1.1. AS PESSOAS E O ENVELHECIMENTO.....	36
<b>1.1.1. A pessoa idosa com doença crónica.....</b>	<b>42</b>
1.1.1.1. A pessoa idosa com Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 .....	45
1.2. A PESSOA IDOSA COM DIABETES E A ADESÃO MEDICAMENTOSA .....	48
<b>1.2.1. Conceito de adesão ao regime medicamentoso .....</b>	<b>49</b>
<b>1.2.2. Condicionantes da adesão medicamentosa .....</b>	<b>52</b>
<b>1.2.3. Métodos para avaliar a adesão medicamentosa .....</b>	<b>58</b>
<b>1.2.4. Modelos teóricos na adesão à medicação .....</b>	<b>65</b>
1.3. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA ADESÃO MEDICAMENTOSA .....	70
1.4. RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA ADESÃO À MEDICAÇÃO.....	78
<b>2. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS DE ESTUDO.....</b>	<b>89</b>
3.1. FASE I: ESTUDO DAS COMPONENTES DA INTERVENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO COMPLEXA .....	91
<b>3.1.1. Tipo de estudo.....</b>	<b>93</b>
<b>3.1.2. Participantes e recrutamento .....</b>	<b>94</b>
<b>3.1.3. Procedimentos e recolha de dados .....</b>	<b>95</b>
<b>3.1.4. Análise e tratamento do verbatim.....</b>	<b>96</b>
3.2. FASE II: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES NÃO INSULINO TRATADA.....	97
<b>3.2.1. Tipo de estudo.....</b>	<b>98</b>
<b>3.2.2. Contexto e participantes.....</b>	<b>98</b>
<b>3.2.3. Procedimentos .....</b>	<b>99</b>
<b>3.2.4. Recolha de dados .....</b>	<b>100</b>
<b>3.2.5. Análise e tratamento de dados .....</b>	<b>101</b>
3.3. ESTUDO III: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO 5SIMPLEADHERE .....	101



3.3.1. Tipo de estudo .....	102
3.3.2. Recrutamento, participantes e procedimentos.....	102
3.3.3. Recolha de dados.....	106
3.3.4. Análise e tratamento de dados.....	108
3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO .....	109
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>113</b>
4.1. FASE I .....	113
4.1.1. Achados da revisão sistemática .....	113
4.1.2. Achados das entrevistas aos utentes.....	115
4.1.3. Achados das entrevistas aos profissionais de saúde.....	126
4.2. FASE II.....	134
4.3. FASE III .....	144
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>173</b>
5.1. FASE I.....	173
5.2. FASE II.....	182
5.3. FASE III .....	186
5.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	194
5.5. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....	196
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>199</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>203</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>229</b>
Anexo 1. Consentimento livre e esclarecido – Estudo I.....	231
Anexo 2. Guião para as entrevistas realizadas aos utentes.....	235
Anexo 3. Guião para as entrevistas realizadas aos profissionais de saúde.....	239
Anexo 4. Consentimento livre e esclarecido – Estudo II .....	243
Anexo 5. Questionário de caracterização sociodemográfica.....	247
Anexo 6. Questionário para aferir o Índice de Complexidade Medicamentosa .....	251
Anexo 7. Consentimento livre e esclarecido – Estudo III .....	257
Anexo 8. Sessão de formação aos enfermeiros da USF A (grupo experimental) .....	261
Anexo 9. Questionário sobre os dados clínicos.....	269
Anexo 10. Escala de avaliação da adesão à medicação - MMAS-8 Itens de Morisky.....	273

Anexo 11. Questionário de qualidade de vida – WHOQoL-BREF.....	277
Anexo 12. Questionário de qualidade de vida – WHOQoL-OLD .....	281
Anexo 13. Autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados .....	291
Anexo 14. Autorizações dos autores das escalas originais.....	297
Anexo 15. Autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve .....	311
Anexo 16. Parecer do Sr. Presidente da ARS Algarve .....	315
Anexo 17. Parecer da Sra. Diretora Executiva do ACES Central da ARS Algarve.....	319





## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial e requer o estabelecimento de uma política de saúde focalizada nas necessidades das pessoas idosas. Associado ao avanço da idade é frequente a pessoa idosa ser confrontada com o diagnóstico de doença crónica e com o facto de ter que aderir a um regime terapêutico, muitas vezes complexo. Este conceito engloba a adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde e ainda o cumprimento de uma prescrição farmacológica, com o intuito de controlar e minimizar eventos adversos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas. De acordo com a WHO (*World Health Organization*), cerca de 50% das pessoas com doença crónica, nos países desenvolvidos, não cumprem o regime medicamentoso, o que acarreta graves consequências a nível individual e social.<sup>1-2</sup>

De referir que, de acordo com a literatura, é possível melhorar a adesão ao regime medicamentoso e, conseqüentemente, a qualidade de vida, diminuir a morbilidade, a mortalidade e os custos na saúde, através da implementação de intervenções complexas que possam responder às necessidades das pessoas, sendo um dos grandes desafios da enfermagem ajudar as pessoas a responder de forma positiva às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e/ou com os processos de vida.

Assim, nesta introdução faz-se uma abordagem às pessoas e ao envelhecimento, onde se aborda a pessoa idosa com doença crónica e a pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2. Prossegue-se, assim, com uma contextualização teórica que dará suporte à compreensão da problemática em estudo, nomeadamente a adesão medicamentosa na pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2, as condicionantes da adesão, a polimedicação, os contributos teóricos para a intervenção de enfermagem promotora da adesão medicamentosa, bem como os modelos teóricos na adesão. Por último, aborda-se a responsabilidade do enfermeiro face a esta problemática.

Ao longo do texto utilizam-se os termos pessoa idosa ou pessoa idosa com doença crónica quando for feita referência às pessoas alvo de cuidados de enfermagem. Relativamente aos termos adesão à medicação ou adesão medicamentosa, serão utilizados com o mesmo sentido.

O presente estudo ressalta, assim, a relevância da gestão eficaz de um regime medicamentoso por parte da pessoa idosa e consequente responsabilidade dos enfermeiros enquanto promotores de comportamentos aderentes.

### 1.1. AS PESSOAS E O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento<sup>i</sup> é um dos fenómenos mais marcantes na sociedade do século XXI, sendo reconhecido como um dos maiores triunfos da humanidade e consequentemente também um dos maiores desafios.<sup>1,3</sup> O fenómeno do envelhecimento populacional é transversal à maioria dos países e culturas e como tal, o estabelecimento de medidas que visam ajudar a população idosa a manter-se saudável, participativa e ativa não pode ser encarado como supérfluo, mas sim como uma meta a alcançar.<sup>1</sup>

O envelhecimento é um fenómeno multifatorial, universal e individual, sendo que, ao longo do ciclo vital o organismo se desgasta e se deteriora devido às alterações biológicas a que está sujeito, mas também devido ao meio em que vive e aos estilos de vida adotados.<sup>4-5</sup>

O aumento significativo do número de idosos, é uma realidade mundial e tem várias implicações, e como tal, requer uma reorganização das sociedades, nos mais diversos setores.<sup>1,6</sup> Este fenómeno, pode ser analisado sob a perspetiva do aumento da proporção de pessoas idosas na população, associado ao aumento da esperança média de vida, porém, torna-se ainda mais evidente devido à diminuição da taxa de natalidade.<sup>3,7-8</sup> O rápido envelhecimento populacional traz profundas consequências na estruturação da pirâmide etária. As alterações percentuais ocorridas no seio dos diferentes grupos etários conduzirão ao desaparecimento da habitual pirâmide etária triangular, datada de 2002, pelo aparecimento de uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (figura 1).<sup>9-13</sup>

Este fenómeno demográfico, atinge muitas regiões do mundo. Atualmente, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está a crescer de um modo mais rápido do que qualquer outro grupo etário.<sup>1</sup> No território português, estima-se um crescimento da população idosa na ordem dos 223% entre os anos 1970 e 2025.<sup>10</sup> É esperado, em 2025, um total de cerca de 1.2 biliões de pessoas com 60 ou mais anos de idade.<sup>10</sup> Contudo, em 2050, prevê-se que o referido grupo etário contará com 2 biliões

---

<sup>i</sup> O envelhecimento humano é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que, se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida.<sup>1</sup>

de pessoas, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 166%, sendo que 80% deles viverão nos países desenvolvidos.<sup>10-11</sup> Prevê-se ainda, que em 2050 mais de 20% da população mundial terá idade igual ou superior a 60 anos.<sup>1,9,10,12-13</sup>

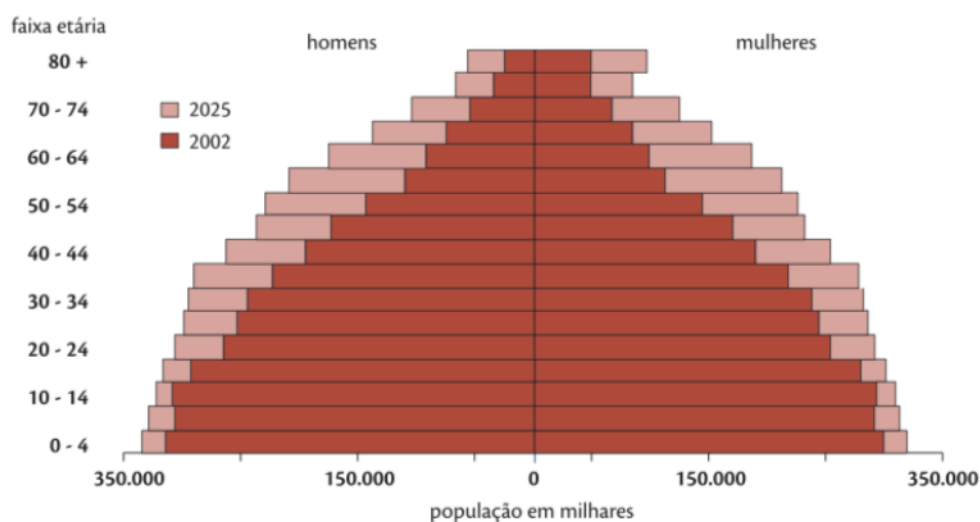


Figura 1. Evolução da pirâmide etária entre 2002 e 2025.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde e WHO (2005). Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde. p.9.<sup>13</sup>

Na União Europeia, as alterações demográficas terão uma considerável importância nas próximas décadas, pois refletirão uma população com uma estrutura etária envelhecida.<sup>8</sup> De acordo com as projeções do Eurostat, a população com 65 anos ou mais, dos 27 Estados-Membros da União Europeia e dos países da Associação Europeia de Livre Comércio, passa de 17% em 2010 para 30% em 2060. A população com 80 anos ou mais, para o mesmo período, aumentará de 5% para 12%.<sup>9</sup>

Portugal, segue a mesma tendência de outros países do Mundo e da União Europeia. Entre a população idosa, a mais idosa (80 ou mais anos) tem aumentado significativamente, tendo quadruplicado de 1960 a 2006, representando 4.1% da população total.<sup>14</sup> Em 2025 prevê-se que 10.2% da população portuguesa tenha mais de 80 anos.<sup>10,14</sup>

Ainda no que concerne a Portugal, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa (65 ou mais anos) representando esta, em

2001, cerca de 16.4% da população total.<sup>10,12</sup> Em 1961 existia um rácio de 27.5 idosos por cada 100 jovens e em 2017 esse rácio inverteu-se numa relação de 153.2 idosos para 100 jovens.<sup>15</sup> Prevê-se que, entre 2015 e 2080, que fenómeno do envelhecimento seja mais acentuado, com um aumento de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, no cenário central<sup>ii</sup>.<sup>11</sup> Atendendo as previsões do forte envelhecimento demográfico, espera-se que o indicador seja superior a 2 idosos por cada 1 homem jovem e ultrapasse as 3 idosas por cada mulher jovem em 2060 (Figura 2).<sup>8,10,12,16</sup>

De acordo com os dados apresentados no relatório *Global Age Watch Index* de 2013 e 2015, Portugal ostenta uma elevada percentagem (27.1%) de pessoas idosas, sendo expectável que esse valor aumente até 2050 para 41.2%.<sup>17-18</sup> Assim, em 2012, Portugal ocupava o oitavo lugar, em 2015 o quinto e supõe-se que em 2050 passará para quarta posição, relativamente à percentagem da população idosa, numa lista de 195 países.<sup>17-18</sup>

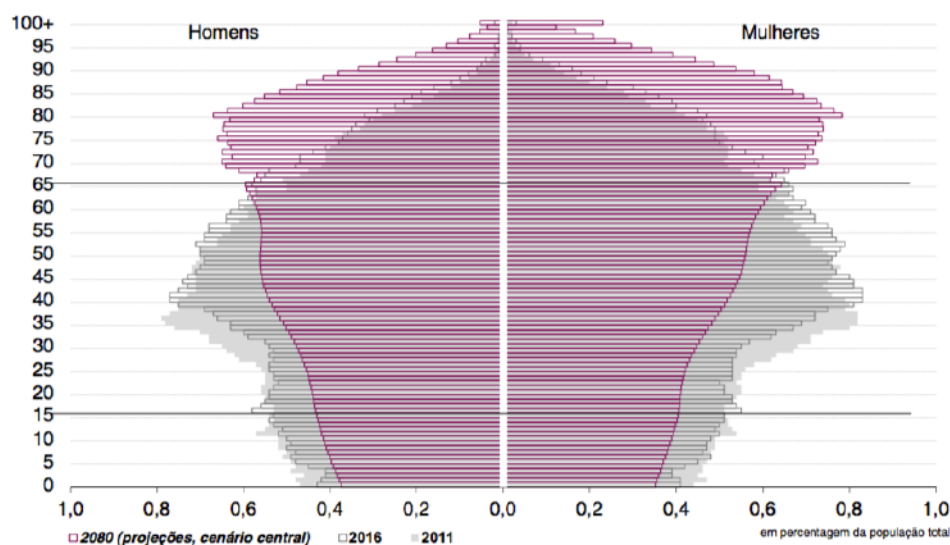


Figura 2. Pirâmide etária, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2017). Estatísticas demográficas 2016. p. 30.<sup>16</sup>

Nos países desenvolvidos, tal como nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população soleva preocupações sobre se a mão de obra em declínio será, ou não,

<sup>ii</sup> Definidos quatro cenários de projeção da população: cenário baixo, cenário central, cenário alto e cenário sem migrações. Deste modo, aquando da apresentação dos dados estatísticos, optou-se pelo cenário central, por se encontrar descrito como o mais realista.<sup>10</sup>



capaz de suportar a parte da população que se acredita ser dependente dos outros.<sup>1</sup> Outro dado que traduz as implicações sociais e económicas desta situação é o índice de dependência de idosos, isto é, a relação entre o número de pessoas idosas e as potencialmente ativas (entre os 15 e os 64 anos). Este índice quase duplicou desde 1960.<sup>8</sup> No período compreendido entre 2012 e 2060 e atendendo ao cenário central, o índice de sustentabilidade potencial passa de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos.<sup>10</sup>

É do conhecimento que o envelhecimento começa aquando do nascimento, e, a partir desse momento, o ser humano desenvolve-se até que inicia um processo de declínio que culmina com a morte. No contexto deste estudo, para caracterizar o que se entende por pessoa idosa, utiliza-se como único critério a idade cronológica do Homem, deste modo, não traduz a dimensão biológica, física, psicológica, social e espiritual de cada pessoa. Para a WHO e a ONU (Organização das Nações Unidas) pessoa idosa é aquela que tem 60 ou mais anos de idade, nos países em desenvolvimento e 65 ou mais anos nos países desenvolvidos.<sup>1</sup> Categorizaram ainda como mais idosas todas as pessoas que apresentam 80 e mais anos.<sup>1</sup> O INE (Instituto Nacional de Estatística), em Portugal, considera a pessoa idosa como aquela que tem 65 ou mais anos.<sup>19</sup> Deste modo, adotou-se essa definição para o trabalho de investigação desenvolvido, dada a objetividade da mesma, apesar do reconhecimento da sua fragilidade, pois a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

O processo de envelhecimento desenvolve-se em três níveis fundamentais: biológico, psicológico e social.<sup>20</sup> O nível biológico ocorre numa sequência de alterações físicas inerentes ao avanço da idade, que afetam o padrão global de saúde<sup>iii</sup> e que resultam numa diminuição da eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais, com consequente diminuição da capacidade de manter o equilíbrio interno e da manutenção das funções fisiológicas, com maior suscetibilidade para a morte.<sup>21-23</sup> É de salientar que as modificações biológicas, associadas ao avanço da idade, não devem ser consideradas como patológicas, contudo, a pessoa idosa encontra-se numa vulnerabilidade crescente para o aparecimento de doenças crónicas bem como para a perda de autonomia<sup>iv</sup> e

---

<sup>iii</sup> De acordo com a WHO, saúde é definida com um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afeções e/ou enfermidades.<sup>1</sup>

<sup>iv</sup> O conceito de autonomia diz respeito à perceção da capacidade de controlar, lidar com e tomar decisões pessoais sobre como se vive no dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências.<sup>1</sup>

independência<sup>v</sup>.<sup>22</sup> Por sua vez, o nível psicológico diz respeito às reações emocionais, aos mecanismos perceptivos, à personalidade, às relações interpessoais, à aprendizagem, à memória e à cognição, que determinam a capacidade da pessoa para enfrentar e se adaptar às mudanças ocorridas ao longo da vida.<sup>23-24</sup> Assim, pode-se verificar, nesta área, uma diminuição e alteração nas faculdades psíquicas que podem conduzir à inadaptação face aos novos papéis, desmotivação, dificuldade em planejar o futuro, perdas orgânicas, afetivas e sociais, baixa autoestima e autoimagem, diminuição do tempo de reação e ainda dificuldade em adaptação a mudanças céleres.<sup>23-25</sup> Por último, o envelhecimento social, caracteriza-se pelas mudanças ocorridas nos papéis sociais no contexto em que a pessoa está inserida, que colidem com as expectativas da sociedade para este grupo etário.<sup>25-26</sup>

A natureza do envelhecimento é mais complexa do que habitualmente se considera, pois à medida que se envelhece, a pessoa tem a necessidade de procurar o equilíbrio entre as suas limitações.<sup>27</sup> Os três níveis mencionados não são estanques, uma vez que se encontram interligados numa sinergia incessante.

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, que afeta os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo; não é uma doença, mas pode implicar um grande número de dificuldades.<sup>28</sup>

O envelhecimento deve ser uma experiência positiva e assim, apesar das inevitáveis alterações associadas ao avanço da idade, o aumento da esperança média de vida deve ser acompanhado por um contínuo de oportunidades para a saúde, participação e segurança. Neste sentido a WHO adotou, no final da década de 90, o conceito de envelhecimento ativo, considerando-o um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, bem como para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.<sup>1</sup>

A abordagem do envelhecimento ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, cuidado e autorrealização emanados pelas Nações Unidas.<sup>1</sup>

Numa Era em que se assume que a pessoa precisa envelhecer, mantendo a sua qualidade de vida, torna-se imperativo explicitar este conceito. Qualidade de vida é definida como

---

<sup>v</sup> O conceito de independência é comumente entendido como a capacidade de desempenhar funções relacionadas com a vida diária.<sup>1</sup>

a percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.<sup>1,29</sup> Trata-se de um conceito pessoal embora abrangente, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do ambiente.<sup>1,29</sup> À medida que as pessoas envelhecem, a sua qualidade de vida é largamente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e a independência.<sup>1,29</sup>

Pelos os motivos apresentados anteriormente, o conceito de envelhecimento ativo é transversal a todas as pessoas e grupos etários. Ele permite que a pessoa realize o seu potencial físico, social e mental ao longo do ciclo vital e que participe na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto que é facultada proteção adequada, segurança e cuidados de saúde, quando necessários.<sup>1,29</sup>

A palavra “ativo” refere uma continuidade na participação social, económica, cultural, espiritual e deveres cívicos, e não apenas a capacidade em ser ativo fisicamente ou participativo no grupo etário dos trabalhadores.<sup>1</sup> Neste contexto, a manutenção da autonomia e independência no envelhecimento é a “chave de ouro” para todas as pessoas e decisores políticos.<sup>1</sup>

Envelhecer com saúde, autonomia e independência constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva, tendo repercussões no desenvolvimento económico dos países. Importa, por isso, reduzir as incapacidades, implementar e melhorar estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população, o que se constitui como um desafio para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários.<sup>4,29</sup>

O mundo caminha a passos largos para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crónicas e degenerativas ocupam um lugar de destaque, advindas de estilos de vida não saudáveis, como é o caso do sedentarismo e dos maus hábitos alimentares.<sup>6,29-30</sup> Assim, o envelhecimento deve ser analisado numa perspetiva global e não apenas como uma mera questão demográfica. Com o aumento da idade, aumenta por norma, a prevalência de doenças crónicas e degenerativas, não sendo raros os casos em que um idoso apresenta vários problemas de saúde em simultâneo, promovendo o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo.<sup>3</sup> Parece ser inaceitável encarar o envelhecimento sem



refletir acerca da reinserção das pessoas idosas no seio da comunidade, sendo que, para tal, devem existir políticas de saúde na área dos cuidados de saúde primários, por forma a dar a melhor resposta possível face a este desafio.

À luz do explanado anteriormente é imperativo refletir sobre a pessoa idosa com diagnóstico de uma doença crónica, com o intuito de promover a independência e qualidade de vida da mesma. O aparecimento de uma doença crónica é reconhecido como um evento causador de estresse, que normalmente requer por parte da pessoa uma redefinição do sentido de vida, e, como tal, viver com uma doença crónica deve ser encarado com naturalidade, assumindo desde já a importância dos enfermeiros na capacitação para a autogestão da nova condição de saúde de forma eficaz e segura.<sup>31</sup>

### **1.1.1. A pessoa idosa com doença crónica**

É consensual que as pessoas idosas precisam de viver num ambiente seguro, que promova a sua autonomia e bem-estar, junto da família e amigos. As alterações às quais as pessoas idosas com doença crónica<sup>vi</sup> estão condicionadas, são desgastantes física e psicologicamente, e conduzem-nas a situações de isolamento social, solidão e depressão.<sup>1,5,32</sup>

O incremento das doenças crónicas implica um reajuste das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender à crescente procura nas áreas da saúde, segurança e assistência social.<sup>30</sup> Atualmente, o sucesso no controlo da mortalidade na doença aguda, destacou as doenças crónicas, que constituem a principal causa de morbilidade, mortalidade e incapacidade das pessoas idosas, acarretando elevados custos económicos quer a nível individual quer a nível da própria sociedade.<sup>1,7,33</sup>

A WHO estima que ocorrem por ano 41 milhões de mortes na sequência de doença crónica, o que equivale a 71% de todas as mortes registadas. Os principais grupos de doenças crónicas, com maior percentagem de mortes associadas, são as doenças cardiovasculares (17.9 milhões), cancro (9 milhões), doença respiratória crónica (3.9 milhões) e Diabetes (1.6 milhões).<sup>34</sup>

---

<sup>vi</sup> No que concerne à doença crónica adotou-se o conceito da WHO que define doença crónica como doença de longa duração, progressão geralmente lenta e que resulta da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais.<sup>2</sup>



O cenário em Portugal não se encontra devidamente documentado, contudo, de acordo com os últimos dados publicados pelo Observatório Nacional de Saúde, em 2005, sobre a prevalência de doenças crónicas, a Diabetes *mellitus* assume a quarta posição com maior prevalência, não se tendo verificado diferenças significativas entre as diferentes regiões do país, nem associadas ao género, e apresentando o grupo etário dos idosos e mais idosos as maiores taxas.<sup>35</sup> De acordo com os últimos dados, publicados pela DGS (Direção-Geral da Saúde), em 2015, sobre doenças crónicas, a probabilidade de morrer por Diabetes *mellitus*, entre os 30 e os 69 anos, mostra uma tendência de decréscimo.<sup>36</sup>

Na realidade, as doenças crónicas influem diretamente nos níveis de incapacidade funcional dos idosos.<sup>37</sup> A saúde e a doença são encaradas por cada pessoa de forma muito distinta e única, de acordo com as vivências, experiências e crenças de cada um.<sup>5</sup> O enfermeiro tem um papel preponderante enquanto agente ativo, ao ser detentor de capacidades que lhe permitem capacitar a pessoa idosa com doença crónica para definir estratégias de atuação que possibilitam lidar da melhor forma possível com a sua doença e atuar perante a ocorrência de um acontecimento adverso.<sup>38</sup> É assim, esperado que o enfermeiro perante uma pessoa com doença crónica efetue um diagnóstico da situação e conjuntamente com a pessoa doente, estabeleça um plano de cuidados de parceria, visando a vivência de uma transição<sup>vii</sup> saudável perante a necessidade de aquisição de novos comportamentos.<sup>31</sup>

É consensual que as pessoas mediante o diagnóstico de uma doença crónica, são consciencializadas para alterarem o seu estilo de vida, e aderirem a um regime terapêutico e de manterem um controlo clínico. Como tal, devem ser providas de meios de informação indispensáveis à sua readaptação, através de um acompanhamento periódico e sistematizado.<sup>39-40</sup> Assim, perante a existência de uma doença crónica, a principal orientação deve assentar na sua gestão<sup>viii</sup>.<sup>41</sup>

Os custos associados a uma deficiente gestão da doença crónica são elevados e evitáveis<sup>1</sup>, existindo custos ao nível humano, económico e social. Estes são difíceis de

---

<sup>vii</sup> As transições consistem na passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado de igual estabilidade. As transições podem ocorrer na sequência de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes.<sup>31</sup>

<sup>viii</sup> A gestão da doença é definida como um sistema coordenado de intervenções e comunicações, através de uma abordagem multidisciplinar, com o intuito de promover esforços positivos e significativos ao nível do autocuidado.<sup>33</sup>

mensurar, pois contemplam um leque de variáveis de difícil quantificação, tal como, o tempo perdido em casa, o sofrimento físico e psicológico, entre outros.<sup>42</sup>

Assim, os custos imputados à pessoa com doença crónica são agrupados em cinco dimensões: (1) custo da doença; (2) custos e consequências microeconómicas; (3) custos e consequências macroeconómicas; (4) bem-estar e (5) política pública/política de custos irrelevantes.<sup>43</sup> Os custos da doença dividem-se ainda em: custos diretos, relacionados com os recursos humanos, técnicos e materiais necessários desde ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como a necessidade de recursos sociais; custos indiretos, associados à perda de produtividade, aumento de subsídios, perdas pessoais e familiares; e os custos intangíveis como a dor, o isolamento, a frustração, o estigma, entre outros.<sup>43</sup>

A sociedade atual, face ao envelhecimento e ao incremento do número de pessoas com doença crónica, depara-se com uma série de condicionantes, tais como níveis aumentados de pobreza, diminuição da produtividade e dos resultados económicos para a sociedade, incremento dos custos ao nível do sistema nacional de saúde e acréscimo nos custos associados às complicações decorrentes da doença crónica.<sup>42</sup>

Existem, pois, sete importantes aspetos, transversais a todas as pessoas com doença crónica, que se deve ter em consideração ao delinear uma estratégia de intervenção, sendo eles: (1) prevenção e controlo de crises; (2) gestão de regimes prescritos; (3) controlo dos sintomas; (4) prevenção do isolamento social; (5) adaptação e alterações; (6) normalização do quotidiano e (7) controlo do tempo.<sup>44</sup>

A implementação de um sistema de gestão da doença, contribui para o progresso da qualidade dos cuidados de saúde, para o incremento da satisfação das pessoas doentes e dos profissionais, bem como para uma melhor rentabilização dos recursos disponíveis tendo em conta os encargos.<sup>45</sup> A aplicação deste sistema de gestão, parece permitir a redução de 15 a 20% dos custos resultantes da gestão tradicional dos sistemas de saúde<sup>45</sup> sendo que um modelo de gestão de doença apresenta vários benefícios: (1) redução dos custos através da prevenção; (2) redução da progressão dos processos degenerativos; (3) conversão dos doentes passivos, em auto-gestores ativos no que concerne à gestão da sua doença e (4) promoção do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional na prestação de cuidados.<sup>46</sup>

É de facto, uma certeza, que as doenças crónicas são uma realidade crescente na população idosa, sendo a Diabetes *mellitus* tipo 2, reconhecida pela WHO como uma preocupação mundial. Assim, após ter sido abordada a pessoa idosa com doença crónica, considera-se pertinente explanar a pessoa idosa com o diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2, com o intuito de compreender como esta patologia condiciona a vida das pessoas idosas.

#### 1.1.1.1. A pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2

A Diabetes *mellitus* tipo 2<sup>ix</sup>, é altamente prevalente, atingindo aproximadamente 382 milhões de pessoas em todo o mundo em 2013, prevendo-se que este número aumente para 592 milhões em 2035.<sup>47-48</sup> A Diabetes *mellitus* tipo 2 é a patologia mais comum na população idosa<sup>49-51</sup> sendo que, atualmente, cerca de 9.4% da população dos Estados Unidos da América tem Diabetes, atingindo cerca de 25.2% da população idosa.<sup>52</sup> Acredita-se que o maior aumento ocorrerá nos países em desenvolvimento e resultará do envelhecimento populacional, dieta não saudável, obesidade e um estilo de vida sedentário.<sup>51-52</sup> Paralelamente, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, refere que a sua incidência e prevalência tem vindo a aumentar de forma considerável nos últimos anos, o que representa um grave problema em termos de saúde pública a nível mundial.<sup>53</sup>

Em Portugal, o panorama da Diabetes na população idosa não se encontrava devidamente documentado, pois o estudo da mesma é efetuado no grupo etário das pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Assim, a prevalência estimada da Diabetes, na população referida anteriormente, é de 13.3%, o que representa mais de 1 milhão de pessoas. É conhecido que o impacto do envelhecimento conduziu a um aumento de 1.6 pontos percentuais na taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que representa um crescimento de 13.5%.<sup>53</sup> De acordo com o mesmo relatório, mais de 25% das pessoas com idades entre os 60 e os 79 anos têm Diabetes.<sup>53</sup>

Esta patologia, neste grupo etário em particular, está associada a altas taxas de mortalidade, à redução da capacidade funcional e ainda ao incremento do número de hospitalizações e institucionalizações.<sup>54-55</sup> As pessoas idosas com Diabetes apresentam

---

<sup>ix</sup> A Diabetes *mellitus* tipo 2 resulta de uma redução da resistência à insulina, devido à diminuição da massa muscular e desaceleração da função pancreática, inerente ao próprio processo de envelhecimento, bem como de estilos de vida adotados e dos fatores genéticos.<sup>47</sup>



um risco elevado de desenvolver doença microvascular crónica bem como complicações cardiovasculares a um nível sistémico.<sup>54,56</sup>

Assim, as pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 apresentam as taxas mais elevadas de: (1) amputação das extremidades, ao nível dos membros inferiores, (2) enfarte agudo do miocárdio, (3) doença renal crónica e (4) alterações do padrão visual.<sup>54,57</sup> A pessoa idosa diabética está, inevitavelmente, mais sujeita à polimedicação, a perdas funcionais, a problemas cognitivos, à depressão, a quedas e fraturas, à incontinência urinária e a dores crónicas.<sup>58</sup> Nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, esta patologia tem sido relatada como a sétima principal causa de morte e a primordial causa de amputação das extremidades inferiores, doença renal crónica e cegueira na população adulta.<sup>56,59-62</sup> Em 2012, foi estimado que o diagnóstico da Diabetes custa à economia dos Estados Unidos mais de 245 biliões de dólares americanos por ano, incluindo 176 biliões de dólares em custos diretos e 69 biliões de dólares em perda de produtividade.<sup>63</sup>

O estudo sobre o custo da Diabetes na Europa – Tipo 2, denominado por CODE-2, descobriu que, na Europa, apenas 28% das pessoas com Diabetes obtiveram um bom controlo glicémico.<sup>64-65</sup> O referido estudo demonstrou ainda que o custo total no tratamento de mais de 10 milhões de pessoas com Diabetes tipo 2, foi de aproximadamente 29 milhões de milhões de euros, o que representa uma média de 5% da despesa total dos cuidados de saúde, nos países estudados.<sup>64-65</sup> Para o sistema nacional de saúde, o custo associado ao tratamento das pessoas com Diabetes tipo 2 é, em média, mais de 1.5 vezes superior do que a despesa *per capita* de saúde, sendo que, o referido custo aumenta para 2 a 3.5 vezes, na presença de complicações micro e macrovasculares evitáveis.<sup>2</sup> Achados similares foram relatados noutros estudos.<sup>66-68</sup>

É de referir que a taxa de mortalidade associada a crises de hiperglicemia é significativamente elevada nesta população, apesar de se ter verificado um declínio acentuado nas últimas duas décadas.<sup>54</sup> As pessoas com 75 ou mais anos de idade apresentam taxas de complicações duas vezes superiores à restante população com Diabetes, com grande impacto nas recorrências aos serviços de urgência devido a hipoglicemias.<sup>51-52</sup>

Outro dado relevante, prende-se com a estreita relação entre a Diabetes e o IMC (índice de massa corporal). Aproximadamente 90% da população com Diabetes apresenta excesso de peso (49.2%) ou obesidade (39.6%), de acordo com os dados apresentados pelo Primeiro Estudo Nacional de Prevalência de Diabetes.<sup>69</sup> A prevalência da Diabetes

nas pessoas com obesidade ( $IMC \geq 30$ ) é cerca de 4 vezes maior do que nas pessoas com um IMC normal ( $IMC < 25$ ).<sup>69</sup>

Relativamente ao número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes *mellitus* tipo 2, em Portugal, tem se verificado uma diminuição significativa (-32%), na última década. Não obstante, em 2014, representou cerca de oito anos e meio de vida perdida por cada óbito na população com idade inferior a 70 anos. Em 2015, esta patologia esteve na origem de 4% do número total de mortes.<sup>53</sup>

No que concerne ao número de pessoas internadas ou com alta, em que a Diabetes surge como diagnóstico médico associado, tem evidenciado uma dinâmica de crescimento acentuada, sendo que aumentou 82.7% desde 2006 até 2015.<sup>53</sup>

Nos Estados Unidos da América, estima-se que as pessoas do género feminino diagnosticadas, aos 60 anos de idade, perderão 9.5 anos de vida e 13.8 QALYs (*The Quality-Adjusted Life-Year*) e as pessoas do género masculino 7.3 anos de vida e 11.1 QALYs. Para as pessoas diagnosticadas aos 80 anos, acredita-se que a perda seja 4.1 anos e de 5.9 QALYs para as mulheres e de 3.8 anos e de 5.1 QALYs para os homens.<sup>70</sup>

Dadas as características desta população e as oscilações individuais de cada pessoa torna-se imprescindível que a pessoa idosa com Diabetes seja vigiada regularmente, visando manter a homeostasia interna e diminuir as comorbilidades.<sup>52</sup> Não parecem restar dúvidas que os sistemas de saúde devem ser mais eficazes na promoção da adesão terapêutica na Diabetes. Viver com esta patologia ultrapassa, em larga escala, um olhar simplesmente para a doença e o seu tratamento farmacológico, sendo imprescindível a educação terapêutica para o sucesso do plano delineado, com benefícios humanos, sociais e económicos substanciais.<sup>51</sup>

Sendo do conhecimento que o tratamento da Diabetes *mellitus* tipo 2 deve ser entendido na tríade medicação, alimentação e atividade física, a elaboração de um modelo interventivo adequado e personalizado permite, a curto prazo, melhorias significativas nos parâmetros biológicos e na capacidade de adaptação à nova condição de saúde.<sup>51</sup> É assim uma exigência procurar entender as questões em torno da adesão ao regime medicamentoso, pois de acordo com a literatura o insucesso no controlo da doença encontra-se associado ao não cumprimento do mesmo. Torna-se assim, imperioso

compreender como a pessoa idosa encara a necessidade de aderir a um regime medicamentoso.

## 1.2. A PESSOA IDOSA COM DIABETES E A ADESÃO MEDICAMENTOSA

A toma de medicamentos, face ao diagnóstico médico de uma doença crónica é uma realidade que acomete um elevado número de pessoas.<sup>71</sup> A literatura disponível, afirma ainda, a existência de correlação positiva entre o avanço da idade e o número de medicamentos prescritos.<sup>72-74</sup> Contudo, a taxa de adesão medicamentosa é baixa, pois de acordo com as evidências cerca de 50% das pessoas com doença crónica não aderem à medicação prescrita, sendo que esta taxa assume valores inferiores nos países em desenvolvimento.<sup>75-76</sup>

De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos da América, com pessoas com hipertensão arterial, concluiu-se que apenas 51% cumpriam o regime medicamentoso, ficando este valor aquém do pretendido, verificando-se uma vez mais que a não adesão à medicação de longo prazo é uma realidade.<sup>77</sup>

A má adesão ao tratamento na Diabetes resulta em sofrimento evitável para as pessoas doentes e excesso de custos para o sistema de saúde. O controlo da Diabetes e a sua autogestão requer mais do que tomar os medicamentos prescritos. Monitorização da glicemia, prática de atividade física, restrições alimentares, cuidados com os pés regulares e exames oftalmológicos, demonstram reduzir significativamente a incidência e a progressão das complicações decorrentes desta patologia.<sup>2,51</sup> Nos Estados Unidos, menos de 2% dos adultos com Diabetes apresentam o nível completo de cuidados recomendado pela *American Diabetes Association* e a fraca adesão ao regime medicamentoso, é a principal causa do desenvolvimento de complicações com incremento dos custos individuais, sociais e económicos associados.<sup>2,78</sup>

As pessoas com Diabetes apresentam, geralmente, comorbilidades que tornam os seus regimes terapêuticos ainda mais complexos, e outras doenças, comumente associadas, como hipertensão, obesidade e depressão, são conhecidas por terem um impacto negativo na taxa de adesão, aumentando a probabilidade de fracasso do plano de cuidados.<sup>25,51,79-80</sup>

Os dados apresentados são considerados como críticos, dado que, a não adesão à



medicação origina complicações da doença crónica, surgimento de comorbilidades, incremento de hospitalizações, morte e ainda elevados custos para o sistema nacional de saúde, entre outras.<sup>81-83</sup>

Assim, às pessoas diagnosticadas com Diabetes *mellitus* tipo 2 são frequentemente prescritos medicamentos de administração oral que diminuem a resistência à insulina, aumentam a sua produção, ou bloqueiam a absorção de carboidratos, bem como podem ter que tomar insulina exógena para atingir um controlo metabólico adequado.<sup>25,51,60-84-86</sup>

Face ao exposto anteriormente, urge a necessidade em compreender o conceito de adesão ao regime medicamentoso. Esta temática tem sido abordada na literatura desde os tempos de Hipócrates e Platão, porém só a partir da década de 70, é que lhe é atribuída a importância necessária, verificando-se uma proliferação de investigações na área. Nos subcapítulos que se seguem serão explorados os conceitos em torno da adesão à medicação, as condicionantes da adesão, bem como os métodos para avaliar a adesão medicamentosa e os modelos teóricos associados à temática em estudo.

### **1.2.1. Conceito de adesão ao regime medicamentoso**

Os conceitos em torno da adesão, tais como, cumprimento (*compliance*), adesão (*adherence*) e concordância (*concordance*), têm sofrido alterações ao longo das últimas décadas, exigindo a sua clarificação.

O cumprimento diz respeito a uma abordagem mais tradicional, na qual a pessoa doente era reconhecida como uma mera cumpridora do regime proposto, remetendo, para um modelo biomédico de subordinação ao médico e pressupondo obediência e um papel passivo.<sup>87-90</sup> Este conceito foi definido como o grau em que o comportamento da pessoa doente coincide com a prescrição clínica. Este conceito encontra-se em declínio por se reconhecer a necessidade em envolver a pessoa doente no seu processo de cuidar e o conceito de cumprimento é substituído pelo de adesão.<sup>87</sup> Este último, foi proposto inicialmente por Haynes<sup>91</sup> (1979) e por Rand<sup>92</sup> (1993), tendo sido definido pelo grupo de trabalho sobre adesão a uma terapêutica de longa duração, como a medida em que o comportamento de uma pessoa, face à medicação, dieta e mudança de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com os profissionais de saúde.<sup>2</sup> Neste conceito, a eficácia do tratamento deixa de ser considerada numa relação de subordinação da pessoa doente em relação ao prescritor e passa a ser encarada sob uma

perspetiva baseada na cooperação e equidade na relação entre a pessoa doente e o profissional de saúde, sendo como tal possível o estabelecimento de uma aliança terapêutica, na qual se reconhecem não só a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também a de todos intervenientes.<sup>93-94</sup> Este conceito utiliza-se assim, em detrimento de cumprimento, enfatizando a pessoa doente como decisor das recomendações propostas pelo profissional de saúde, sem julgamento nem culpabilização.<sup>87</sup>

A adesão destina-se a ser um termo de parceria no processo de cuidar, uma indicação de um facto e não de uma culpa do doente, do prescritor ou do tratamento.<sup>91</sup> Este conceito de adesão é referido na literatura consultada, e adotado pela WHO, nos documentos referentes a esta temática.

Do conceito apresentado sobre adesão denota-se que a mesma não se refere unicamente à medicação, mas às recomendações e prescrições emanadas pelos profissionais de saúde, que dizem respeito aos seus comportamentos no dia-a-dia.<sup>94</sup> Porém outros conceitos têm surgido, com pontos convergentes e expressando uma relação de parceria, livre de culpa em caso de não cumprimento do regime medicamentoso.

De acordo com a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), a adesão ao regime terapêutico é “um tipo de gestão do regime terapêutico com as características específicas: desempenhar atividade para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidados ou apoiante” (2002, p.58).<sup>95</sup>

A Ordem dos Enfermeiros adotou a linguagem CIPE, da autoria do ICN (*International Council of Nurses*), em que adesão é considerada como “ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamento (...) toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, (...) procura os medicamentos na data indicada” (2016, p. 38).<sup>96</sup>

Ainda na CIPE® versão 2015, surge o foco<sup>x</sup> “regime medicamentoso” que se encontra englobado no foco “regime”, que por sua vez reporta para o “plano” (eixo dos

---

<sup>x</sup> Área de atenção relevante para a enfermagem.<sup>96</sup>



recursos<sup>xi</sup>). O regime medicamentoso é assim reconhecido como um recurso destinado a promover o controlo do processo patológico e promover a qualidade de vida.<sup>96</sup>

Por sua vez, Kralic, Paterson e Coates (2010), consideram a adesão como sendo a extensão de comportamentos da pessoa que coincide com as recomendações dadas pelos profissionais de saúde, em termos de toma de medicação, seguir uma dieta adequada e mudanças no estilo de vida<sup>97</sup> e Reiners (2005) como um conjunto de comportamentos e atitudes por parte da pessoa doente que condizem com o conjunto de medidas terapêuticas prescritas (farmacológicas e não farmacológicas) para o controlo da doença.<sup>98</sup> Pereira e Costa (2011) definem este conceito como o nível de participação obtido, perante a necessidade em aderir a um regime comportamental, face a um acordo participativo.<sup>99</sup> Esta definição, é sem sombra de dúvida mais ampla, pois incorpora a importância da cooperação entre o profissional de saúde e a pessoa doente e onde as suas crenças e opinião devem ser tidas em linha de pensamento. Este conceito assemelha-se ao conceito de concordância.

Mais recentemente surgiu este último conceito. É um termo relativamente recente, usado mais predominante no Reino Unido.<sup>100</sup> Este conceito implica um acordo consensual entre a pessoa doente e o profissional de saúde, sobre o tratamento a adotar e os cuidados a seguir, através de um processo comunicacional onde ambos os intervenientes expõem as suas razões até a obtenção de um consenso.<sup>87,90,100-101</sup> Apesar de se tratar de um conceito mais recente é menos referenciado nas pesquisas bibliográficas realizadas, sendo que o conceito mais amplamente utilizado é adesão.

A mudança na terminologia está fortemente associada a uma mudança de paradigma onde a abordagem passa a centrar-se na pessoa doente, sendo o foco as suas necessidades e não os objetivos dos profissionais de saúde. A comunicação assume-se como fundamental e o respeito dos direitos da pessoa são imprescindíveis para o sucesso terapêutico.<sup>100-101</sup>

A prescrição de um regime medicamentoso pressupõe que o mesmo deva ser gerido de forma eficaz e segura. Para tal, a pessoa que assume essa responsabilidade deve possuir competências cognitivas e funcionais, que permitam atingir esse desígnio, que se manifestam no comportamento de cada pessoa face à medicação prescrita.<sup>101</sup>

Porém as definições apresentadas não definem adesão à medicação, estando este

---

<sup>xi</sup> Forma ou método de concretizar uma intervenção.<sup>96</sup>

conceito relacionado com o horário, dose e frequência na rotina do dia-a-dia da pessoa.<sup>90</sup> É de referir que a pessoa é considerada como aderente ao regime medicamentoso se ingerir, diariamente, pelo menos 80% da medicação prescrita, contudo este valor de referência pode atingir valores superiores face a determinadas patologias, como é o caso das pessoas com o síndrome da imunodeficiência humana adquirida.<sup>75,102</sup>

Porém, para compreender a adesão à medicação na sua plenitude, há que conhecer as condicionantes da adesão medicamentosa, sendo que o modo como cada pessoa percebe a sua doença e tratamentos a adotar irá influenciar a taxa de adesão à medicação. A promoção da adesão medicamentosa assume-se, pois, como um desafio para os profissionais de saúde, sendo que importa recordar que a não adesão, intencional ou não, resulta numa falha no cumprimento da medicação prescrita, seja através da interrupção do tratamento antes do término previsto, omissão de doses, ingestão de mais ou menos doses do que as prescritas ou a ingestão do medicamento certo na hora errada.<sup>103-104</sup>

### **1.2.2. Condicionantes da adesão medicamentosa**

A ineficácia da gestão do regime medicamentoso e consequente não adesão à medicação é um problema real com uma origem multifatorial.<sup>105</sup> É consensual que a identificação dos fatores da não adesão se assume como imprescindível para contrariar o cenário atual. Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir neste processo e deste modo promover a adesão medicamentosa, a WHO, reconheceu cinco fatores que interferem com a adesão à medicação, que são eles (1) os fatores sociais, económicos e culturais; (2) os fatores relacionados com o sistema de saúde e os profissionais de saúde; (3) os fatores relacionados com as condições de saúde; (4) os fatores relacionados com a medicação e (5) os fatores relacionados com a pessoa doente (Figura 3).<sup>2</sup> É assim, difícil compreender o real panorama da não adesão, dado que esta associada a uma panóplia que fatores, que divergem de pessoa para pessoa.



Figura 3. Fatores da adesão à medicação.

Fonte: Adaptado de WHO, 2003.<sup>13</sup>

### **Fatores sociais, económicos e culturais**

Estes fatores são descritos como causadores de grande impacto na gestão da doença crónica, tendo sido identificados como potenciadores da não adesão à medicação: (1) baixo *status* socioeconómico, (2) pobreza, (3) iliteracia, (4) baixo nível de escolaridade, (5) desemprego, (6) falta de rede de suporte social, (7) longa distância até aos serviços de saúde, (8) elevado custo dos meios de transporte, (9) elevado custo dos medicamentos, (10) situações de mudança de ambiente e (11) disfunção na estrutura familiar.<sup>65</sup> Porém, estudos recentes não demonstram este ser um fator preditivo independente.<sup>2</sup>

Os fatores organizacionais parecem ser mais preponderantes na adesão do que os fatores sociodemográficos, e um estudo realizado nos Emiratos Árabes, mostrou que o tempo despendido pelos profissionais de saúde na consulta, o estilo de comunicação e o estilo interpessoal, são mais relevantes para a adesão do que o género, estado civil, idade, nível educacional e estado de saúde.<sup>106</sup>

Devido ao papel das crenças, a etnia surge frequentemente relatada como um preditor de adesão.<sup>107</sup> Um estudo desenvolvido no Reino Unido, concluiu que os africanos negros, com o vírus da imunodeficiência humana adquirida, apresentam taxas de adesão inferiores por medo de serem alvo de experiências, desconfiança da profissão médica e receios de discriminação racial.<sup>108</sup>

A idade é um fator reportado com capacidade para afetar a adesão, porém, de forma não intencional.<sup>2</sup> De referir que as pessoas idosas são os maiores consumidores de medicamentos prescritos, sendo que, nos países desenvolvidos, este grupo etário consome cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos relacionados com a medicação.<sup>103-104</sup>

### **Fatores relacionados com o sistema de saúde e os profissionais de saúde**

Poucos estudos têm sido desenvolvidos sobre o efeito do sistema de saúde e os profissionais de saúde na adesão à medicação, porém acredita-se que uma boa relação entre o profissional de saúde e a pessoa doente é um fator promotor da adesão medicamentosa.<sup>2</sup>

Apesar do reconhecimento que a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa doente tem a capacidade de promover a adesão à medicação, contudo existem aspetos com efeito negativo tais como: (1) sistema de saúde pouco desenvolvido, (2) custo associado às consultas, (3) fraco sistema de distribuição de medicação, (4) falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a gestão da doença crónica, (5) falta de disponibilidade dos profissionais devido à sobrecarga laboral, (6) falta de conhecimento sobre adesão e intervenções promotoras da adesão, (7) inexistência de mecanismos de *follow-up* e (8) curta duração das consultas.<sup>2,109</sup>

Para promover a adesão ao regime medicamentoso devem ser desenvolvidos programas de formação direcionados aos profissionais de saúde e implementadas políticas de saúde que visem capacitar os profissionais e promover a criação de serviços de saúde centrados na pessoa com doença crónica, contribuindo para diminuir o número de recorrências hospitalares.<sup>2</sup>

### **Fatores relacionados com as condições de saúde**

Os fatores relacionados com as condições de saúde representam aspetos particulares em relação com a própria doença de base e suas comorbilidades. Neste contexto, (1) a gravidade dos sintomas; (2) o nível de incapacidade física, psicológica, profissional ou social; (3) a evolução e severidade da doença e (4) a existência de tratamentos ineficazes, podem ser reconhecidos como fatores determinantes à não adesão.<sup>2</sup>



Paralelamente, nas pessoas idosas com Diabetes é muito frequente o aparecimento de sintomas de depressão, que é um modificador significativo do comportamento de adesão.<sup>80</sup> A taxa de incidência de depressão, nas pessoas com Diabetes, tem sido duas vezes maior do que na população geral,<sup>110</sup> sendo que, pessoas com depressão, são mais propensas a sofrer complicações de Diabetes, apresentam pior controlo glicémico e são menos aderentes aos comportamentos de autocuidado.<sup>111-112</sup> A depressão também está associada a maiores custos para o sistema de cuidados de saúde.<sup>80</sup>

### **Fatores relacionados com a medicação**

De acordo com a literatura existem inúmeros fatores, relacionados com o tratamento que podem afetar a adesão, contudo os mais evidentes são: (1) a complexidade do regime medicamentoso, (2) a duração do tratamento, (3) falha nos tratamentos anteriores, (4) mudanças frequentes no tratamento, (5) o imediatismo ou demora nos efeitos benéficos e (6) os efeitos adversos.<sup>2,113</sup>

As pessoas idosas com Diabetes têm um risco elevado de serem confrontados com a polimedicação, aumentando o risco de efeitos adversos e de interações medicamentosas. Porém, a polimedicação pode ser intencional e necessária para o controlo de comorbilidades e redução do risco de complicações.<sup>114-116</sup>

Não existe uma definição consensual sobre o conceito de polimedicação, apesar dos inúmeros estudos realizados. Este foi inicialmente considerado como o consumo múltiplo e excessivo de fármacos,<sup>2</sup> e tem sido usado, em diferentes documentos e relatórios com significados e definições diferentes, como por exemplo o uso desnecessário de fármacos ou o uso de medicação sem indicação.<sup>117-119</sup> Em 2003, a WHO considera-a como a administração de numerosos medicamentos em simultâneo ou a administração excessiva de medicamentos,<sup>2</sup> e uma revisão sistemática, publicada em 2017, evidencia-a como a ingesta de cinco ou mais fármacos por dia.<sup>120</sup>

Diversos estudos focam a problemática da polimedicação, embora os dados não sejam consensuais. Um estudo, publicado em 2011, nos Estados Unidos da América, revela que 60% da população idosa recebe cinco ou mais medicamentos diariamente e cerca de 20% dez ou mais,<sup>121</sup> e um estudo realizado em 2008, salienta que a polimedicação está presente em cerca de 50% das pessoas idosas.<sup>122</sup>

Na Suécia, foi desenvolvido um estudo com 523 pessoas com idade igual ou superior a

75 anos, no qual se concluiu que 2% das pessoas não tomava nenhum medicamento, 43% tomavam menos que cinco, 34% cinco a nove fármacos e 23% dez ou mais,<sup>123</sup> um outro, no Havai, onde foi constatado que 46.2% das pessoas ingeria nove ou mais medicamentos diariamente,<sup>124</sup> e um na Austrália, onde se verificou que 81% da população geriátrica que era admitida no serviço de urgência se encontrava polimedicada, estando 43.6% com polimedicação excessiva.<sup>125</sup>

O cenário em Portugal não diverge do panorama mundial. Em 2011 foi realizado um estudo, num centro de dia, que demonstrou que 63% dos idosos tomavam cinco ou mais medicamentos e 6% tomavam mais de 10 fármacos por dia.<sup>126</sup>

Para Onder e colegas, pode afirmar-se que a toma regular de 8 ou mais fármacos é um preditor de reações adversas medicamentosas e conduz a um risco acrescido de desenvolver uma reação grave duas vezes superior às pessoas que tomam entre cinco a sete fármacos por dia.<sup>127</sup> Na realidade, a polimedicação pode acarretar graves consequências na população idosa, tais como: (1) aumento da frequência das reações adversas, (2) maior propensão à ocorrência de quedas, (3) diminuição da adesão à medicação, (4) acréscimo do número de interações medicamentosas, (5) aumento do número de recorrências hospitalares (6) acréscimo do tempo de internamento e (7) maior taxa de mortalidade.<sup>116,122,128-131</sup>

Neste sentido, foi desenvolvido um estudo europeu que referiu ser emergente a criação de um plano nacional de revisão da polimedicação na população idosa em Portugal, com receio de se caminhar a passos largos para um cenário mais alarmante.<sup>132</sup> O *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly*, foi desenvolvido entre 2015 e 2017, por uma equipa multidisciplinar de nove países diferentes (Alemanha, Escócia, Espanha, Grécia, Irlanda, Itália, Polónia, Portugal e Suécia) com o intuito de compreender o real panorama da polimedicação e propor uma estratégia de atuação face ao diagnóstico da situação, tendo concluído que cerca de 40% das pessoas que ingerem cinco ou mais fármacos por dia, não o fazem da forma correta, e cerca de 50% das hospitalizações ocorrem devido a erros evitáveis e associados à medicação.<sup>132</sup>

A polimedicação traduz-se, assim, de um modo puramente numérica que não tem em conta, a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso. Um regime medicamentoso complexo, requer da pessoa idosa, conhecimentos, capacidades e competências que conduzam à tomada de decisão que lhes permita obter os

medicamentos, administrá-los e monitorizar, de forma contínua, os efeitos terapêuticos e efeitos secundários, aumentando dessa forma a probabilidade de obter melhor resultados de saúde, bem-estar e qualidade de vida e uma gestão eficaz do regime medicamentoso.<sup>2</sup>

Apesar de não ser consensual a complexidade do regime medicamentoso, contempla o número total de medicamentos ingeridos, a prescrição excessiva, por vezes necessária, e, ainda, as diferentes fórmulas terapêuticas. Em suma, a polimedicação acarreta sérias consequências para a saúde individual e para o sistema de saúde e, independentemente da definição adotada esta é um problema multifatorial que ocorre em diversos contextos e situações.<sup>137</sup>

### **Fatores relacionados com a pessoa doente**

Por último, os fatores relacionados com a pessoa doente representam os recursos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções e as expectativas das pessoas, sendo que o conhecimento e as crenças que estas detêm sobre a sua doença, pode ser um fator motivador para uma gestão eficaz da doença crónica e respetivo regime medicamentoso.<sup>2</sup>

Alguns dos fatores relacionados com as pessoas doentes que podem interferir na adesão são: (1) esquecimento, (2) ansiedade e estresse, (3) baixa motivação, (4) falta de auto percepção de necessidade de tratamento, (5) crenças negativas quanto à eficácia do tratamento, (6) incompreensão e não aceitação da doença, (7) descrença no diagnóstico, (8) não percepção do real risco do não cumprimento da medicação, (9) desesperança e sentimentos negativos e (10) frustração.<sup>2,134-135</sup> A motivação do doente para aderir à medicação relaciona-se com o valor que a pessoa atribui à relação custo-benefício.<sup>107</sup>

Um estudo realizado em Portugal, por Rodrigues e Prates em 2011, revela que as maiores causas para a não adesão à medicação foram: (1) descuido com os horários; (2) excesso relativamente à prescrição; (3) esquecimento; (3) melhoria sintomática; (4) reações adversas e (5) dificuldades de ordem financeira.<sup>105</sup>

Tendo em consideração a multiplicidade de fatores que interferem na adesão à medicação, esta não pode ser analisada como um fenómeno isolado, mas sim atendendo sempre às características individuais, sociais, económicas e culturais das pessoas; às condições de saúde e ao tratamento instituído; ao plano de cuidados e ainda ao sistema



de saúde no qual a pessoa se encontra inserida.<sup>82,136</sup> Também as políticas de saúde de um determinado país podem potenciar ou não a adesão, ao ser disponibilizado de forma gratuita medicação para pessoas com doença crónica, identificadas com carência económica. O conhecimento dos fatores da não adesão assume-se como uma ferramenta valiosa na elaboração de um plano de intervenção individualizado.<sup>59</sup>

A adesão medicamentosa, pela sua natureza multifatorial e complexidade requer um real conhecimento da taxa de adesão para assim ser possível implementar intervenções com potencial para promover a adesão medicamentosa. Para tal, é necessário conhecer os métodos atuais que permitem avaliar a adesão à medicação, sendo esta área igualmente complexa, pois atendendo à população que se pretende estudar existem variados métodos disponíveis.

### **1.2.3. Métodos para avaliar a adesão medicamentosa**

Sendo que não existe um instrumento de medida universal que avalie os comportamentos face à adesão ao regime medicamentoso, a literatura mostra que são variados os métodos para a sua avaliação.<sup>2,137-139</sup>

Uma correta avaliação do comportamento de adesão face ao regime medicamentoso delineado, é imprescindível para um plano eficaz, com o intuito de garantir mudanças comportamentais positivas com resultados favoráveis, e assim conduzir a pessoa doente ao sucesso terapêutico.

Os instrumentos utilizados para determinar o grau de adesão à medicação podem ser diretos e/ou indiretos sendo que os primeiros são realizados com recurso a técnicas laboratoriais ou observação direta e os segundos, através de informações fornecidas pelo doente ou medidas de estimativa indireta.<sup>2,139-142</sup>

Os **métodos diretos**, como referido anteriormente são utilizados com o recurso a testes laboratoriais e têm a finalidade de detetar a presença de medicamentos ou metabolitos do medicamento tomado ou ainda, marcadores específicos nos fluídos biológicos.<sup>143</sup> É ainda considerado como um método direto a observação direta da ingestão da medicação por parte da pessoa doente, ou seja, mediante toma assistida.<sup>2,139</sup>



### Deteção do medicamento ou metabolito em fluidos biológicos

A adesão à medicação é medida através da concentração de um medicamento ou dos seus metabolitos nos fluidos biológicos da pessoa doente.<sup>144</sup> Para o sucesso desta técnica é fulcral conhecer os parâmetros farmacocinéticos (velocidade de absorção, taxa de ligação a proteínas plasmáticas, vias de metabolização e tempo de vida do medicamento) para assim ser possível correlacionar a concentração encontrada com a esperada. Fatores fisiológicos, tais como alteração da função hepática e/ou renal, e interações medicamentosas podem interferir na concentração plasmática e conduzir o investigador a resultados enviesados.<sup>144</sup>

Apesar de se tratar de um método objetivo, que elimina a interferência do relato da pessoa doente na avaliação da adesão medicamentosa, a sua aplicabilidade é limitada a diversos fatores, nomeadamente por se tratar de um procedimento invasivo e ter elevado custo económico. Salienta-se, ainda, como desvantagem, o facto de permitir efetuar uma avaliação pontual apenas, e não estudar o comportamento da pessoa num período de tempo mais alargado, devido ao tempo de semivida dos fármacos nos fluidos biológicos. Assim, se a pessoa doente souber o dia da colheita dos fluidos biológicos, pode simular um comportamento aderente.<sup>139-145</sup>

### Adição de um marcador

Este método, semelhante ao apresentado anteriormente, consiste na administração de um marcador químico antes da colheita dos fluidos biológicos para a pesquisa de correlação linear entre o medicamento que se deseja quantificar e o marcador ingerido.<sup>143</sup> As vantagens e desvantagens deste método são semelhantes ao método de deteção de fármaco em fluidos biológicos.

### Observação direta da pessoa doente

Neste método, o profissional de saúde observa diretamente se o doente ingere os medicamentos certos, na hora certa e na quantidade prescrita.<sup>139</sup>

Trata-se assim, de um método objetivo sem interferência do relato da pessoa doente sobre o seu comportamento face ao regime medicamentoso.<sup>139</sup> Atendendo às suas

características é um método possível em ambiente hospitalar ou em pessoas institucionalizadas.<sup>143</sup> Em ambulatório este método não é exequível. Tendo ainda a desvantagem de o doente poder simular a ingestão do fármaco, e removê-lo da boca após a saída do profissional de saúde.<sup>2,139</sup>

Por sua vez, os **métodos indiretos** avaliam o grau de adesão à medicação através de informações fornecidas pela própria pessoa doente e/ou medidas de estimativa indireta.<sup>143</sup> Este método pode ser dividido em: (1) entrevista ao doente, (2) diário do doente, (3) questionários estruturados, (4) contagem manual dos medicamentos, (5) registo de aquisição de medicamentos nas farmácias e (6) sistemas eletrónicos.<sup>139,146</sup>

#### Entrevista à pessoa doente

A entrevista consiste na realização de questões abertas, sem julgamento prévio e realizadas por um profissional de saúde com experiência neste tipo de técnica. Pretende-se assim estimular o doente a partilhar as suas experiências e comportamentos face à medicação prescrita e ingerida.<sup>147-149</sup>

No final da entrevista, o profissional de saúde analisa o seu conteúdo e define o comportamento do doente quanto à adesão medicamentosa.<sup>147</sup> De salientar que se trata de um método económico pois não requer tecnologia avançada e pode ser aplicado em contexto de consulta de enfermagem.<sup>139,147</sup> Em contrapartida, requer o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa doente, na procura de respostas compatíveis com a realidade. Como desvantagem é referido o tempo necessário a uma correta recolha de dados e as habilidades e competências do profissional de saúde imprescindíveis para conduzir a entrevista.<sup>137,146,147</sup>

#### Diário da pessoa doente

Neste método, a pessoa é convidada a elaborar um diário, no qual deve registar diariamente todos os eventos relacionados com o regime medicamentoso (horário, dosagem, quantidade, dificuldades sentidas, crenças, reações adversas, entre outros). O diário deverá ser entregue ao profissional de saúde numa periodicidade previamente acordada, sendo da responsabilidade deste analisar o seu conteúdo.<sup>137,139</sup>

Esta técnica é económica e permite, para além de analisar a adesão à medicação, uma melhor compreensão do fenómeno, bem como propor estratégias de intervenção.<sup>137</sup> Em contrapartida, requer um grande envolvimento por parte da pessoa doente, podendo a sua participação estar condicionada pelo nível de escolaridade, estado cognitivo e nível motivacional. Outro aspeto em ter em consideração é o facto da pessoa doente poder sobrevalorizar a escrita, dando a entender ao profissional um comportamento que não corresponde à realidade.<sup>139</sup>

### Questionários estruturados

Os questionários estruturados são usados frequentemente na prática clínica e baseados em questões diretas, que avaliam o comportamento do doente face ao seu regime medicamentoso.<sup>141-142,150-152</sup>

A aplicação destes questionários é uma técnica quantitativa, rápida, de baixo custo e de fácil aplicação, que permite avaliar um grande número de pessoas em simultâneo.<sup>153-154</sup> É reconhecida como uma ferramenta útil em investigações com um elevado número de participantes e com recursos financeiros limitados.

Como desvantagem é referida a manipulação que o doente pode fazer ao dar respostas não verdadeiras, dando a entender uma falsa impressão de adesão, pois determinadas pessoas demonstram-se constrangidas em revelar que não aderem ao tratamento, com receio de serem rotuladas negativamente.<sup>153</sup> Com o intuito de contornar esta desvantagem a literatura defende que a pessoa que aplica o questionário deverá ser externa à rede habitual de cuidados de saúde, pois assim a pessoa doente, sabe que não vai ser julgada nem repreendida.<sup>2,142</sup> Outro aspeto a ter em consideração é que estes instrumentos permitem apenas avaliar a adesão à medicação, mas não possibilitam compreender os fatores que interferem com a adesão.<sup>153-154</sup>

Existem diferentes questionários que permitem avaliar a adesão à medicação consoante a população em estudo, sendo alguns dos mais utilizados a: escala de adesão terapêutica de Morisky (*Morisky Medication Adherence Scale* - MMAS-8-Item)<sup>155</sup>, o teste de Haynes-Sackett<sup>76</sup>, o *Brief Medication Questionnaire*<sup>156</sup>, o *Simplified Medication Adherence Questionnaire*<sup>157</sup> e o Teste de Batalla-Martinez<sup>158</sup>. A escolha do questionário a aplicar encontra-se relacionado com a população em estudo. Um dos instrumentos mais utilizados em doentes com doença metabólica crónica é a escala de adesão

terapêutica de Morisky, que se encontra validada para a população portuguesa, tendo sido utilizado em mais de 700 estudos.<sup>159-160</sup>

### Contagem manual de comprimidos

Este método permite avaliar o grau de concordância entre a quantidade de medicamentos ingerida num determinado intervalo de tempo comparativamente à quantidade que deveria ter sido ingerida para esse mesmo intervalo de tempo. Subentende a necessidade de contar os fármacos remanescentes e efetuar a referida comparação, através da seguinte fórmula matemática.<sup>139,161</sup>

$$\text{Grau de concordância entre fármacos utilizados e prescritos} = \frac{\text{NCA}^{\text{xii}} - \text{NCR}^{\text{xiii}}}{\text{NCP}^{\text{xiv}}} \times 100$$

De referir que neste método o cálculo da adesão deve ser efetuado individualmente para cada fármaco prescrito, sendo que, as pessoas com uma taxa de adesão inferior a 80% são consideradas como não aderentes, enquanto as pessoas que apresentam uma taxa entre os 80 e os 120% são categorizados como aderentes.<sup>161-161</sup> Este ponto de corte não é, contudo, consensual pois, em determinados grupos, as pessoas deverão apresentar taxas na ordem dos 95 aos 100% para serem consideradas como aderentes ao regime medicamentoso, e de que são exemplo as pessoas com o Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida.

Este método é uma alternativa, rápida, de fácil aplicabilidade e pouco onerosa pois não requer o uso de tecnologias avançadas, tornando-se também uma alternativa para os sistemas de saúde que possuem recursos financeiros limitados,<sup>163</sup> contudo, não permite identificar quando a pessoa ingeriu os medicamentos e se os ingeriu na quantidade certa. Por exemplo, ao invés de ingerir um medicamento duas vezes dia, a pessoa pode efetuar apenas uma toma diária de dois comprimidos. Ou seja, este método limita-se a avaliar a quantidade de medicamentos ingeridos, e não permite determinar como o

---

<sup>xii</sup> Número de comprimidos adquiridos.

<sup>xiii</sup> Número de comprimidos que deviam ter sido consumidos, de acordo com a prescrição.

<sup>xiv</sup> Número de comprimidos que restam na embalagem.



regime medicamentoso foi gerido. Exige ainda disponibilidade da pessoa doente para guardar as embalagens e do profissional de saúde para realizar a contagem.<sup>94,162</sup>

Em algumas unidades de saúde, é solicitado aos doentes que levem as embalagens dos medicamentos a todas as consultas, para que em datas casuais, se possa proceder à contagem dos comprimidos. Esta estratégia diminui a probabilidade de simular o comportamento aderente.<sup>139</sup>

#### Registo de aquisição de medicamentos nas farmácias

Neste método, é avaliada a periodicidade com que as pessoas vão à farmácia para adquirir os seus medicamentos. Pressupõe que a pessoa adquira os medicamentos sempre na mesma farmácia ou numa farmácia com os dados em rede e que esta tenha conhecimento do regime medicamentoso da pessoa. Permite avaliar o grau de concordância entre o intervalo real (número de dias entre a última aquisição e a atual) e o intervalo ideal (número estimado de dias entre aquisições, de acordo com o regime medicamentoso).<sup>139</sup>

$$\text{Grau de concordância entre intervalo real e ideal} = \frac{\text{IRRM}^{\text{xv}}}{\text{IERM}^{\text{xvi}}} \times 100$$

De acordo com este método, as pessoas serão consideradas aderentes se apresentarem uma taxa entre os 80 e os 115%, os demais serão categorizados como não-aderentes.<sup>139,165-166</sup>

A aquisição de fármacos na farmácia pode ser efetuada manualmente (método tradicional), ou através de sistemas informatizados. O método manual não permite o cruzamento de dados entre farmácias, enquanto o sistema informatizado possibilita que os dados estejam disponíveis numa rede acessível a todas as farmácias que disponham do mesmo *software*.<sup>164-166</sup> Através do recurso a sistemas informatizados é possível visualizar, ainda, o histórico de aquisição de fármacos, o que permite identificar potenciais interações medicamentosas e duplicidade de medicamentos.<sup>167-168</sup>

---

<sup>xv</sup> Intervalo real entre a aquisição de fármacos.

<sup>xvi</sup> Intervalo ideal estimado entre a aquisição de fármacos.

O registo de aquisição manual é de fácil aplicação e económico,<sup>167,169-170</sup> mas a aquisição de medicamentos na periodicidade certa não significa que o medicamento esteja a ser tomado corretamente.<sup>153</sup>

### Sistemas eletrónicos

Os métodos eletrónicos são reconhecidos como facilitadores de uma correta avaliação da adesão à medicação, podendo serem divididos em: (1) MEMS (*Medication Event Monitoring System*), (2) SMS (*Short Message Service*) e (3) uma tecnologia à base de circuitos integrados.

O MEMS requer a utilização de frascos eletrónicos para o armazenamento da medicação, que efetuam uma contagem do número de vezes, data e horário em que o frasco foi aberto e fechado. Os dados obtidos migram através de *wireless* para um computador.<sup>171-175</sup>

O SMS consiste num serviço de envio de mensagem via rede móvel (telemóvel, *tablet*, computador) às pessoas doentes, como alerta para ingerirem a medicação naquele momento.<sup>176-178</sup>

A tecnologia à base de circuitos integrados consiste num sensor digerível, revestido por magnésio e cobre, incorporado nos medicamentos orais sólidos. Este sensor, ao ser ingerido, é ativado pelo suco gástrico e emite um sinal para um computador, com o registo da data e hora da toma, bem como diversos dados fisiológicos (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal).<sup>179-181</sup>

De salientar que é o MEMS é um método oneroso e a manipulação dos frascos não é fácil.<sup>139,178</sup> No que concerne ao serviço SMS, requer que a pessoa doente tenha acesso à tecnologia e que saiba como utilizá-la. No que diz respeito à tecnologia à base de circuitos integrados, esta apresenta um custo elevado, colocando-se questões éticas na ingestão do sensor digerível, porém, tem um potencial para utilização em várias áreas terapêuticas, incluindo nas doenças metabólicas.<sup>182-183</sup> Como vantagem, permite uma avaliação real da medicação ingerida face à prescrita, possibilitando, assim, promover estratégias de intervenção adequadas e menores gastos associados ao tratamento de comorbilidades.<sup>184</sup>

Devido a todas as vantagens e desvantagens apresentadas anteriormente, muitos investigadores têm optado pelo recurso a mais do que um método, com o intuito de diminuir o viés e determinar o grau de adesão mais fidedigno,<sup>167</sup> no entanto, não se encontra devidamente documentado como interpretar os dados provenientes de mais do que um método em simultâneo, já que o doente pode ser reconhecido como aderente através de um método e como não aderente através de outro.

Não existe nenhum método de determinação da adesão à medicação ideal, devendo este definir-se em função da população em estudo. Os profissionais de saúde devem, por isso, saber identificar as vantagens, desvantagens e aplicabilidade dos métodos disponíveis, para poder escolher de forma fundamentada. Torna-se assim, imperioso conhecer os modelos teóricos subjacentes à adesão medicamentosa, para que seja possível obter ganhos em saúde junto das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2.<sup>51</sup>

#### **1.2.4. Modelos teóricos na adesão à medicação**

São diversos os modelos e/ou teorias que visam explicar os comportamentos de adesão ao regime medicamentoso, tentando determinar as pessoas com maior ou menor potencial para a adesão. Foram descritos por Leventhal e Cameron, em 1987, cinco modelos que pretendem elucidar esta problemática: (1) modelo biomédico, (2) abordagem comportamental, a teoria da aprendizagem social, (3) abordagem comunicacional, (4) teoria da crença racional e (5) teoria dos sistemas auto-reguladores.<sup>185</sup>

O **modelo biomédico** pressupõe que a pessoa doente é um elemento passivo, um mero cumpridor das prescrições médicas. Este modelo não valorizava o papel da pessoa como interveniente do seu plano terapêutico, e a não adesão é um resultado direto de uma aberração da personalidade.<sup>39</sup>

A **teoria da aprendizagem social** ressalta a importância do reforço positivo e negativo como mecanismo que influencia o comportamento da pessoa doente em aderir ou não ao regime medicamentoso prescrito. Assenta como tal, na esfera da psicologia da saúde.<sup>185-187</sup>

A **abordagem comunicacional** surgiu após o reconhecimento da importância do papel dos profissionais de saúde na promoção da adesão medicamentosa. Nesta vertente, os

profissionais de saúde são incentivados a desenvolverem as suas competências comunicacionais com as pessoas doentes e familiares.<sup>185,187-188</sup> É assim, dado enfoque às intervenções educacionais e ao estabelecimento de uma relação empática.<sup>189</sup>

A **teoria da crença racional** defende que a falta de conhecimento está na origem da não adesão à medicação prescrita, pois a pessoa doente adota comportamentos de preservação da sua saúde face ao desconhecido.<sup>39</sup>

Por último, na **teoria dos sistemas** a pessoa é reconhecida com um elemento ativo e participativo na elaboração do seu regime de tratamento, no qual as suas crenças, expectativas e convicções são escutadas e consideradas.<sup>185</sup>

Porém, estes modelos não são as únicas referências que pretendem facilitar a compreensão do comportamento das pessoas doentes face à prescrição de um regime medicamentoso. Aderir a um regime medicamentoso implica uma mudança de comportamento, neste sentido, assumem especial relevância os **modelos comportamentais de aprendizagem**, a **teoria cognitiva da aprendizagem**, o **modelo de crenças de saúde** e **teoria de aprendizagem social**.<sup>186-188,190-193</sup>

Os **modelos comportamentais de aprendizagem** referem que a aprendizagem é o resultado de associações entre estímulos e respostas. A aprendizagem é sinónima de comportamento expresso e consiste em respostas passivas a estímulos e/ou o que dirige a ação é o esforço. Nesta corrente teórica o reforço assume um papel basilar no processo de aprendizagem e, por sua vez, as consequências desagradáveis enfraquecem o comportamento.<sup>193-194</sup>

Segundo a **teoria cognitiva da aprendizagem**, esta desenvolve-se através de uma série de estágios sequenciais e qualitativamente diferentes, através dos quais vai sendo construída a estrutura cognitiva seguinte, mais complexa e abrangente que a anterior. Podemos apontar que a principal contribuição da teoria cognitiva da aprendizagem é permitir um maior nível de compreensão sobre como as pessoas aprendem novos conhecimentos, partindo do princípio de que essa aprendizagem é resultado da construção de um esquema de representações mentais que se origina através da participação ativa da pessoa e que resulta, em linhas gerais, no processo de informações que são interiorizadas e transformadas em conhecimento.<sup>193,195</sup>

No **modelo de crenças de saúde**, desenvolvido inicial na década de 70 por Becker, postula que a decisão da pessoa na adoção de um comportamento saudável é



determinada fundamentalmente por quatro variáveis psicológicas: (1) a percepção da suscetibilidade a determinada doença, (2) percepção da gravidade dessa doença, (3) percepção dos benefícios de determinadas ações e (4) percepção das barreiras a essas ações.<sup>196</sup> Assim, este modelo parte do pressuposto que os comportamentos saudáveis advêm da percepção da vulnerabilidade das pessoas face às ameaças à sua saúde.<sup>197-198</sup> Em suma, o comportamento da pessoa será condicionado pela sua percepção face a ameaça, expectativa de resultado e expectativa de eficácia.<sup>190,199</sup>

A noção de locus de controlo, formulada inicialmente por Rotter, na sua **teoria da aprendizagem social**, afirma que a probabilidade de um comportamento específico ocorrer numa dada situação é função expectativa de esse comportamento levar à obtenção de um reforço bem como do valor de reforço para a pessoa.<sup>200</sup> Rotter, pressupõe a utilização da Escala de Locus de Controlo para avaliar a expectativa de reforço ao longo de uma dimensão de controlo interno versus externo.<sup>200-201</sup>

Por sua vez, Bandura aprofundou a teoria da aprendizagem social, que incorpora aspetos cognitivos e comportamentais. Neste caso, a aprendizagem social é explicada pelo comportamento humano em termos de interação de reciprocidade contínua entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais.<sup>193</sup> As informações, os valores, as atitudes, os julgamentos morais e os padrões de comportamento são adquiridos através da observação dos outros. Bandura, defende que se aprende a assistir, a ouvir e a ler. Acrescentou ainda à sua teoria quatro conceitos sendo eles: (1) auto-eficácia<sup>xvii</sup>, (2) modelagem<sup>xviii</sup>, (3) modificação cognitiva do comportamento<sup>xix</sup> e (4) auto-instrução<sup>xx</sup>.<sup>193</sup>

No modelo da hipótese da adesão de Ley (Figura 4), onde a adesão à terapêutica medicamentosa pode ser analisada através da combinação do fator satisfação do paciente relativamente à consulta, com os fatores compreensão da informação transmitida na consulta e a memorização dessa mesma informação, isto é, a satisfação da pessoa doente com a consulta. Compreender e memorizar as informações fornecidas

---

<sup>xvii</sup> Auto-eficácia é definida como a capacidade de uma pessoa em ser capaz de lidar efetivamente com uma tarefa particular.<sup>193</sup>

<sup>xviii</sup> A modelagem implica uma mudança no comportamento, pensamento, ou emoções que ocorrem por meio da observação de uma outra pessoa, que é reconhecida como “um modelo”.<sup>193</sup>

<sup>xix</sup> A modificação cognitiva do comportamento baseia-se nos princípios comportamentais e cognitivos de aprendizagem para mudar seu próprio comportamento.<sup>193</sup>

<sup>xx</sup> A auto-instrução consiste em falar consigo mesmo ao executar os passos de uma tarefa.<sup>193</sup>

pelos profissionais de saúde, são, aqui, determinantes para prever a adesão à terapêutica.<sup>187</sup>

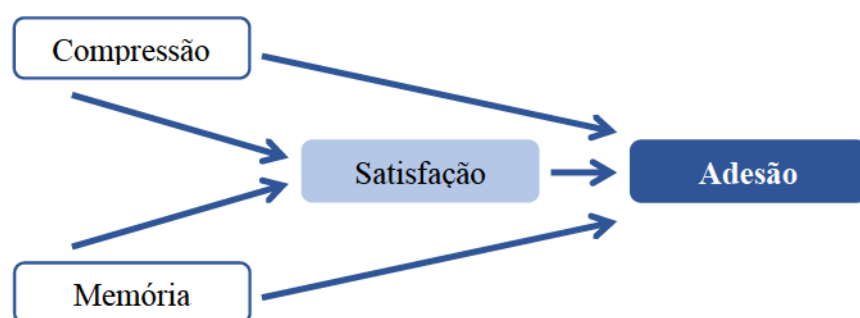


Figura 4. Modelo de adesão de Ley

Fonte: Adaptado de Ogden 2004.<sup>187</sup>

Da explanação supramencionada depreende-se que nenhum dos modelos apresentados se adapta a todas as pessoas, sendo como tal necessário uma abordagem com recurso a vários modelos. Porém e tendo sempre presente, que um dos grandes desafios da enfermagem é ajudar as pessoas a responderem de forma positiva face às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e/ou com os processos de vida, assume-se a Teoria de Meleis como um pilar da presente investigação. De acordo com esta teoria, os enfermeiros têm a capacidade de antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças ocorridas ao longo do ciclo vital, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar.<sup>202</sup> Pressupõe ainda, o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa que está em processo de transição, com o intuito de identificar as suas necessidades para o cuidado transicional, congruente com as experiências únicas e individuais e necessárias para uma transição bem sucedida.<sup>31,202</sup>

Assim, a Teoria da Transição de Meleis, centra-se nas respostas humanas face aos processos de vida, de saúde e doença.<sup>203</sup> As transições podem ser encaradas com um processo de maturação que ocorrem desde o nascimento até à morte. São assim, mudanças indispensáveis no sentido do desenvolvimento pessoal e que origina alterações na identidade, nos papéis sociais, nas relações interpessoais, nas capacidades e nos padrões de comportamento.<sup>31,202,208</sup>

A experiência de transição de uma condição de saúde para a doença é um desafio no qual as pessoas raramente se encontram preparadas. Assim, face ao diagnóstico de uma

doença crónica e à necessidade em aderir a um regime medicamentoso, muitas vezes complexo, a pessoa idosa vivencia uma transição, onde deverá incorporar novos conhecimentos e comportamentos, e ainda, alterar a definição de si mesmo no contexto social.<sup>204-205</sup>

A Teoria de Meleis tem vindo a sofrer alterações na sequência de investigações produzidas, como é o caso do modelo de transições na doença crónica: artrite reumatóide em mulheres apresentado por Shaul<sup>206</sup> e o modelo de autocuidado na Insuficiência Cardíaca, proposto por Riegel e Dickson<sup>207</sup>. Este último, descrito como uma Teoria Situacional, que enumera a “manutenção do autocuidado” e a “gestão do autocuidado” como conceitos chave, incorporando os comportamento de monitorização de sintomas, adesão ao tratamento e tomada de decisão. O referido modelo engloba cinco fases: (1) reconhecimento da mudança da condição de saúde; (2) avaliação da mudança; (3) decisão de agir; (4) implementação de uma estratégia de tratamento e (5) avaliação do tratamento implementado.<sup>207</sup> A primeira fase é alusiva à manutenção do autocuidado, enquanto que as restantes fases referem-se à gestão do autocuidado.<sup>207</sup>

Denota-se assim, que os enfermeiros devem por sua vez ajudar as pessoas idosas com doença crónica a desenvolverem habilidades táticas, nomeadamente saber como fazer, e habilidades situacionais relacionadas com o controlo de sintomas, ou seja, saber como atuar perante uma determinada situação.<sup>207</sup>

Meleis afirma que as terapêuticas de enfermagem, assentam numa base de avaliação contínua no decurso de todo o processo, em que o plano de cuidados delineado evolui de acordo com a vivência da transição, devendo-se para tal, identificar os pontos críticos na transição.<sup>208-209</sup>

A compreensão desta teoria é assim imprescindível para a vivência de uma transição positiva com posteriores ganhos em saúde, contudo, nem todas as pessoas apresentam perfis de autocuidado semelhantes, o que se manifesta como um entrave à promoção de comportamento aderentes face ao regime medicamentoso. Deste modo, analisamos a Teoria Explicativa proposta por Bastos<sup>210</sup> em 2012, que visa identificar as pessoas com diferentes níveis de vulnerabilidade/resiliência permitindo aos enfermeiros anteciparem algumas dificuldades na vivência da transição saúde/doença.<sup>202,210</sup> Esta teoria, também serviu de suporte ao presente trabalho de investigação na medida que tornou possível a identificação dos diferentes perfis das pessoas (formalmente guiado, responsável, negligente e independente).<sup>210</sup>

Como todas as pessoas apresentam características únicas, a intervenção de enfermagem desenvolvida no decurso da presente investigação atendeu à individualidade de cada pessoa doente, na procura do seu potencial máximo nos diferentes contextos. Como tal, exigiu por parte da equipa de enfermagem o desenvolvimento de competências específicas na área em estudo.

Ainda no que respeita a modelos teóricos na adesão à medicação surge o Modelo Desenvolvimental de Adesão do Tratamento proposto por Kristeller e Rodin, em 1984, no qual são considerados três níveis de participação das pessoas face aos cuidados prescritos, sendo eles: (1) cumprimento (*compliance*), (2) adesão (*adherence*) e (3) manutenção ou concordância (*maintenance* ou *concordance*).<sup>191,211</sup>

Neste sentido, urge a necessidade em descrever as intervenções descritas na literatura como potenciadora de comportamentos aderentes face à necessidade em aderir a um regime medicamentoso de longa duração.

### 1.3. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA ADESÃO MEDICAMENTOSA

A promoção da saúde, visa aumentar o conhecimento das pessoas face a uma determinada temática, através do fornecimento de informação sobre como gerir a sua doença crónica, minimizando o aparecimento de comorbilidades. Assim, a promoção da adesão à medicação, engloba a aquisição de novos comportamentos com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e deve ser encarada com seriedade por parte dos decisores políticos.

Numa abordagem mais tradicional e em desuso, a não adesão à medicação encontrava-se centrada única e exclusivamente na pessoa doente, sendo a mesma identificada como a fonte do problema. Atualmente, acredita-se que o comportamento dos profissionais de saúde tem um papel decisivo na promoção da adesão ao regime medicamentoso. As intervenções promotoras da adesão medicamentosa e por consequente, que visam melhorar o controlo metabólico na Diabetes ou mesmo reduzir a probabilidade de complicações de natureza aguda ou crónica, devem atender à individualidade da pessoa e capacitá-la para a aquisição de um comportamento compatível com a sua condição de saúde.<sup>212</sup>

Assim, os profissionais de saúde devem ter a capacidade de detetar a não adesão,



identificar as suas causas e deste modo, aconselhar a pessoa doente a promover comportamentos aderentes através do estabelecimento conjunto de um plano individualizado e personalizado.<sup>213-214</sup> Neste sentido, entre 1990 e 1999, um grupo de investigadores realizou uma revisão da literatura e desenvolveu uma taxonomia para descrever intervenções educacionais com o potencial para melhorar a autogestão das pessoas com Diabetes (Tabela 1).<sup>215</sup>

Tabela 1. Variáveis da taxonomia

<i><b>VARIÁVEIS</b></i>	<i><b>VALOR POSSÍVEL</b></i>
<i><b>Contexto</b></i>	<i>Individual Grupo Pessoa doente com família Outro Não especificado</i>
<i><b>Entrega</b></i>	<i>Pessoalmente Telecomunicação Literatura escrita Outro Não especificado</i>
<i><b>Método de ensino</b></i>	<i>Didático Estabelecimento de metas – ditador Estabelecimento de metas – negociável Resolução de problemas situacionais Reenquadramento cognitivo Outro Não especificado</i>
<i><b>Conteúdo</b></i>	<i>Dieta Exercício Auto-monitorização da glicemia Conhecimentos básicos sobre Diabetes Adesão à medicação Psicossocial Outro Não especificado</i>
<i><b>Fornecedor</b></i>	<i>Enfermeiro Dietista Psicólogo Médico Equipa de investigação Outro Não especificado</i>
<i><b>Intervenção adaptada à intervenção inicial</b></i>	<i>Sim Não Não especificado</i>
<i><b>Avaliação de acompanhamento e modificação</b></i>	<i>Sim Não Não especificado</i>
<i><b>Suplemento da linha de base</b></i>	<i>Sim Não Não especificado</i>
<i><b>Intensidade da intervenção</b></i>	<i>Número de episódios Duração do episódio Duração da intervenção</i>

Fonte: Elasy et al 2001, p.123.<sup>215</sup>

Posteriormente foi realizada uma revisão sistemática que demonstrou que a combinação de intervenções educacionais e comportamentais conduz a pessoa a uma melhor autogestão da Diabetes e consequentemente a uma diminuição dos níveis de HbA1C (hemoglobina glicada), com ganhos positivos em saúde.<sup>216</sup>

Outras investigações corroboram o referido anteriormente, ao mencionarem que as intervenções psicológicas e comportamentais são fundamentais, pois o conhecimento por si só é insuficiente.<sup>217</sup>

Neste contexto, as estratégias promotoras da adesão à medicação podem ser agrupadas em quatro categorias principais: (1) a educação da pessoa doente; (2) a comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa doente; (3) a posologia e tipo de fármaco e (4) a disponibilidade dos serviços de saúde para atender/receber as pessoas.<sup>67</sup> Daqui se depreende, que é necessário o estabelecimento de uma relação empática entre os intervenientes, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial.<sup>189</sup>

Independentemente da vertente, é consensual que o sucesso do aumento da taxa de adesão à medicação passa por uma intervenção dirigida a cada pessoa doente. É fulcral que estas estejam informadas e motivadas e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam lidar de forma eficaz com as necessidades geradas pela doença. As redes familiar e comunitária estão descritas como imprescindíveis para o sucesso das estratégias de intervenção nesta área.<sup>218</sup>

Atualmente, defende-se que a promoção da adesão à medicação deve assentar numa abordagem sistemática, atendendo à multifatorialidade e flexibilidade na adaptação às necessidades e características dos diversos tipos de doentes crónicos.<sup>219</sup>

De um modo geral, é possível afirmar que existem dois tipos de intervenções promotoras da adesão à medicação: (1) intervenções educacionais e (2) intervenções comportamentais.<sup>216-218</sup>

As intervenções educacionais, amplamente citadas na literatura existente, visam ensinar, instruir e treinar a pessoa doente, capacitando-a para a autogestão da doença crónica.<sup>168</sup> Estas intervenções, são definidas como promotoras da transmissão de conhecimentos sobre a doença e o regime medicamentoso, através do fornecimento de informação oral, escrita, audiovisual e/ou informatizada, em programas educacionais individuais ou em grupo (Tabela 2).<sup>218</sup>



As intervenções educacionais permitem uma melhor compreensão da necessidade em aderir a um determinado plano terapêutico. A sua eficácia encontra-se amplificada junto das pessoas que desejam cumprir a medicação prescrita, mas necessitam de informação para o fazer, ou que têm má adesão voluntária por não compreenderem os riscos inerentes à doença e quais as vantagens da medicação.<sup>220</sup>

Tabela 2. Intervenções educacionais para promover a adesão à medicação

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	
Administração de informação	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral</li> <li>• Escrita</li> <li>• Audiovisual e ou informática</li> <li>• Programas de educação individuais</li> <li>• Programas educacionais em grupo</li> </ul>

Fonte: Bugalho e Carneiro 2004, p.20-21.<sup>218</sup>

Para além da transmissão de informação de um modo tradicional, alguns autores referem que as visitas domiciliárias são reconhecidas como uma mais valia para a aquisição de novos comportamentos e minimização de efeitos adversos.<sup>221</sup>

A literatura existente sobre este tipo de intervenções diz-nos que a educação é uma ferramenta valiosa para a promoção da adesão medicamentosa e que os programas desenvolvidos para aumentar a taxa de adesão devem contemplar informações sobre: (1) a individualidade de cada pessoa no seu seio familiar, (2) a doença, nomeadamente etiologia, cronicidade e prognósticos, (3) necessidade de auto monitorização, como por exemplo avaliação da glicemia capilar e (4) tratamento ou manutenção de eventuais complicações, como o número de medicamentos, horários, efeitos adversos e secundários, interferência com alimentos ou com outros fármacos.<sup>167</sup> A estratégia educacional é uma medida simples e vital, porém a sua eficácia encontra-se comprometida se utilizada isoladamente.<sup>189,218</sup>

Por sua vez, as intervenções comportamentais têm como objetivo incorporar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos,

envolver as pessoas doentes e familiares no tratamento, fornecer memorandos e atribuir reforços positivos ou recompensas pela melhoria da adesão à medicação (Tabela 3).<sup>218</sup>

Tabela 3. Intervenções comportamentais para promover a adesão à medicação

<b>INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS</b>	
Aumento da comunicação e aconselhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direto (consulta)</li> <li>• Seguimento direto por via telefónica</li> <li>• Mensagens telefónicas automáticas</li> <li>• Mensagens geradas automaticamente por computador</li> <li>• Intervenção familiar</li> </ul>
Simplificação dos esquemas terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do número de doses medicamentosas</li> <li>• Diminuição do número total de medicamentos</li> </ul>
Envolvimento dos doentes no seu tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automonitorização da doença (glicemia, tensão arterial, função respiratória)</li> <li>• Autoadministração do tratamento</li> </ul>
Memorandos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embalagens especiais (empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário)</li> <li>• Informação visual sobre a toma da medicação</li> <li>• Caixas de contagem e distribuição de medicação</li> <li>• Alertas para a adesão às consultas e à medicação</li> <li>• Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador)</li> </ul>
Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão a medicamentos e resultados terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da frequência das consultas médicas</li> <li>• Incentivos monetários</li> <li>• Facilitação na aquisição de bens (esfigmomanómetro em pessoas hipertensas)</li> </ul>

Fonte: Bugalho e Carneiro 2004, p.20-21.<sup>218</sup>

A adesão à medicação tem também um carácter comportamental, como tal os defensores das intervenções desta natureza, referem que a pessoa doente deve estar envolvida ativamente no seu tratamento, sendo capaz de gerir a doença crónica e o regime medicamentoso, devendo o profissional de saúde incentivá-lo e reforçá-lo positivamente.<sup>218</sup>

Com o intuito de promover a adesão à medicação foi proposta uma lista de ações para orientar os profissionais de saúde<sup>39</sup>:

- Escutar a pessoa doente, nomeadamente as suas crenças e convicções;
- Pedir à pessoa doente para repetir as ações que deve realizar diariamente;
- Efetuar prescrições simples com linguagem acessível e de fácil compreensão;
- Recorrer a formas de avaliar a adesão à medicação;
- Contactar a pessoa doente caso esta falte a uma consulta;
- Prescrever um regime de tratamento que tenha em consideração os horários diários das pessoas;
- Salientar a importância da adesão ao regime medicamentoso em todas as consultas ou contactos;
- Adaptar a frequência das consultas consoante as necessidades da pessoa doente;
- Realçar e elogiar os esforços para aderir ao regime medicamentoso proposto;
- Envolver os familiares no processo de adesão.

O regime medicamentoso deve ser alterado o mínimo de vezes possível, pois é um fator que interfere desfavoravelmente na correta memorização e consequente adesão, sendo que, a literatura disponível refere ser benéfico a sua simplificação, pois torna-o mais apelativo e diminui o risco de interações terapêuticas.<sup>167</sup> No que concerne ao papel dos enfermeiros, eles não têm a função de simplificar o regime medicamentoso, mas sim atuar neste sentido, dentro da equipa de saúde.

Acrescendo à complexidade do regime estão as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento e como tal os memorandos são uma medida favorável.<sup>218</sup> Estes são igualmente úteis para melhorar a adesão das pessoas às consultas embora uma elevada taxa de adesão às consultas não signifique uma alta taxa de adesão à medicação. As consultas são um momento privilegiado para trabalhar conjuntamente com a pessoa doente e definir estratégias que visem manter, reforçar ou conseguir a adesão à medicação.<sup>218</sup>

O reforço positivo e/ou recompensa é uma intervenção comportamental descrita como eficaz nesta área. Apesar das recompensas económicas não serão possíveis em todos os cenários, a utilização de incentivos financeiros em pessoas com escassos recursos pode tornar-se uma medida importante, sobretudo naquelas em que a informação sobre a

necessidade do cumprimento da terapêutica e dos respetivos benefícios não surtiu o efeito desejado. Outra medida apontada é a disponibilização gratuita, às pessoas selecionadas, do esquema medicamentoso proposto, eliminando deste modo uma barreira à adesão.<sup>218</sup>

Neste contexto e analisando esta temática à luz da NIC (*Nursing Interventions Classification*), no que concerne a uma pessoa com necessidade de aderir a um regime medicamentoso e/ou com o diagnóstico de “controlo ineficaz do regime terapêutico”, consegue-se compreender a necessidade de desenvolvimento de uma intervenção complexa.<sup>222</sup>

Na realidade, perante uma pessoa com necessidade em aderir a um regime medicamentoso, pode-se ter que intervir no (1) ensino dos medicamentos prescritos, no (2) controlo de medicamentos e (3) na educação em saúde. Ensinar sobre os medicamentos prescritos visa capacitar a pessoa doente, para uma ingesta segura destes e monitorização dos seus efeitos, o que engloba uma série de atividades educativas e comportamentais com vista à autonomia da pessoa doente. Por sua vez, a intervenção sobre o controlo de medicamentos pretende facilitar o uso seguro e eficaz dos mesmos, numa perspetiva de segurança do doente e minimização da ocorrência de erros. Por último, é também fundamental a educação em saúde, através do desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem, pretende facilitar a adaptação voluntária de comportamentos que promovam a saúde das pessoas.<sup>222</sup>

Para além das intervenções referidas anteriormente outras duas abordagens podem ser usadas para melhorar a autogestão da doença crónica: intervenções que visam os prestadores de cuidados e as intervenções ao nível da comunidade ou dos sistemas.

A não adesão à medicação é um problema complexo, e não existe uma abordagem simples e totalmente eficaz. A WHO delineou algumas recomendações que englobam a realização de ações sociais e económicas por parte de políticos e dirigentes, com vista à diminuição da taxa de pobreza e analfabetismo, e incremento da acessibilidade a cuidados de saúde e aos medicamentos.<sup>2</sup>

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para caminharem lado a lado com as pessoas doentes, com vista ao seu equilíbrio mesmo perante uma situação de instabilidade.

Pelo facto da não adesão ser uma realidade com sérias consequências, e por se encontrar



descrito na literatura sobre a importância dos enfermeiros perante esta problemática, considerou-se indubitavelmente relevante desenvolver e avaliar uma intervenção complexa na área da promoção medicamentosa.

Estas intervenções, com as pessoas idosas com doença crónica devem ser individualizadas e adaptadas aos fatores da não adesão,<sup>223-225</sup> e, as estratégias facilitadoras da adesão à medicação devem incluir formatos apropriados de informação sobre os medicamentos, *feedback* sobre os padrões de toma da medicação, programas de capacitação para a ingesta correta dos medicamentos, bem como políticas organizacionais<sup>xxi</sup> devidamente implementadas ao nível dos cuidados de saúde primários.<sup>223,225-227</sup> A perícia<sup>xxii</sup> educacional e clínica na população geriátrica é fundamental neste domínio, devendo os enfermeiros desenvolver e implementar programas educacionais centrados nas pessoas.<sup>224,227</sup> Informação partilhada e iniciativas educacionais são descritas na literatura como impulsionadoras da adesão medicamentosa, contudo devem-se explorar intervenções alternativas.<sup>223-225,227</sup> Outras estratégias a ter em consideração são o ensino individualizado, estratégias de aprendizagem e informação sobre os medicamentos e o plano da toma dos medicamentos entregue no final de cada consulta.<sup>225,229</sup> O ensino, a formação e a educação são indubitáveis na ajuda dos utentes para melhor compreenderem a sua doença e gerirem o seu plano de medicação.

Um modelo de cuidados domiciliários, que inclua vigilância da medicação ingerida e telemonitorização, aumenta a adesão à medicação e reduz as hospitalizações e a mortalidade,<sup>223-224</sup> tornando-se evidente que a solução para a fraca adesão à medicação deve envolver uma combinação de estratégias de intervenção.<sup>230</sup> Com um estudo realizado em 2005, comprovou-se que, com uma abordagem multidisciplinar, com recurso a intervenções educacionais e comportamentais, e ajudas eletrónicas, foi possível obter uma taxa de adesão à medicação entre 70 a 90%.<sup>147</sup> Por sua vez, com um outro, realizado em Portugal e com o recurso a intervenções de forma isolada conseguiu-se um aumento da taxa de adesão de apenas 4 a 11%.<sup>218</sup>

---

<sup>xxi</sup> As políticas organizacionais são guias orientadores que balizam as ações para o atingimento das metas e objetivos estabelecidos para a organização.<sup>2</sup>

<sup>xxii</sup> Característica da pessoa que é perita, sendo que segundo Benner (2001, p.58), perito é uma pessoa com “enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.<sup>228</sup>

A literatura disponível sobre esta temática demonstra que nenhum método simples é fiável e preciso. Promover melhores práticas, comportamentos e avanços tecnológicos pode facilitar a adesão à medicação. Neste sentido, uma intervenção multifacetada implica que mais barreiras podem ser ultrapassadas, estando o efeito da intervenção correlacionado com a qualidade da mesma.<sup>224,227,229</sup> As relações interpessoais de cooperação entre profissionais de saúde e pessoas doentes é reconhecida como indispensáveis e essenciais na gestão da doença e da medicação.<sup>224,229</sup> Atendendo ao referido anteriormente, verifica-se que a gestão do regime medicamentoso, na pessoa idosa, é um processo complexo que necessita de uma intervenção eficaz e efetiva.

Na revisão sistemática da literatura, conduzida neste estudo e intitulada *Interventions for improving medication adherence in aged people with chronic disease – a systematic review*, conclui-se que intervenções de enfermagem, neste domínio, devem ser implementadas ao nível da rede de cuidados de saúde primários, como estratégia de ajudar a pessoa idosa que vive na comunidade a gerir o seu regime medicamentoso, muitas vezes complexo, de forma efetiva e segura.<sup>231</sup> Os enfermeiros atendendo às suas competências e proximidade com a pessoa doente, encontram-se numa posição de destaque para se envolverem em programas promotores da adesão medicamentosa e deste modo, promoverem o bem estar e a qualidade de vida da pessoa que vive na sua própria casa.

#### 1.4. RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA ADESÃO À MEDICAÇÃO

A pessoa idosa com doença crónica, ao ser confrontada com a prescrição de um regime medicamentoso, vivencia uma panóplia de sentimentos e emoções e depara-se com uma transição ao passar de uma condição estável para outra, onde deverá de igual modo obter estabilidade. Para que os enfermeiros, compreendam a complexidade das experiências vivenciadas pelas pessoas idosas face ao regime medicamentoso, precisam integrar no seu agir profissional que as pessoas experienciam múltiplas transições, e que o conceito de transição assume uma importância nuclear para disciplina de Enfermagem. Têm ainda, a responsabilidade de avaliar, diagnosticar, intervir e analisar resultados transacionais.<sup>203,232</sup>



Sendo um dos grandes desafios da enfermagem ajudar as pessoas a responder de forma positiva face às transições vivenciadas, é como tal fundamental, entender que o próprio processo de transição exige a implementação de intervenções que ajudam de forma efetiva as pessoas, tendo como meta a obtenção de estabilidade e sensação de bem-estar<sup>xxiii</sup>. Para Meleis, a intervenção da enfermagem deve funcionar como um processo facilitador da transição. Os enfermeiros devem assim ter em consideração todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas da pessoa doente, para um desenvolvimento de um plano interventivo adequado às suas necessidades reais.<sup>105,202,209</sup>

De acordo com a teoria de médio alcance de Meleis, os cuidados de enfermagem implicam uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, quando se identifica na pessoa fatores que indicam a vivência de uma transição com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável.

De um modo geral, os enfermeiros ao diagnosticarem uma pessoa, com um grau de incapacidade para o autocuidado, assumem as tarefas inerentes, ao prestarem um serviço de ajuda intencional, por um período de tempo delimitado.<sup>234</sup>

O enfermeiro tem a função de educar, facilitar e promover o aumento de habilidades para o autocuidado da pessoa e para uma tomada de decisão consciente.<sup>235</sup> Considera-se assim, fundamental uma planificação de cuidados personalizados, deste modo, Potter e Perry (2006) definem as cinco etapas do processo de enfermagem, apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação.<sup>236</sup> O processo de enfermagem é contínuo e dinâmico, e permite alterar os cuidados à medida que as necessidades das pessoas sofrem alterações.<sup>236</sup> O recurso ao processo de enfermagem promove cuidados de enfermagem individualizados e auxilia o enfermeiro face às necessidades da pessoa, de forma consciente e atempada, para manter ou melhorar o nível de saúde da pessoa doente.<sup>236</sup> Trata-se assim de uma ferramenta valiosa para o desempenho das funções diárias dos enfermeiros.

Assim, perante uma pessoa com a necessidade em aderir a um regime medicamentoso, o enfermeiro aquando do primeiro contacto deve efetuar uma avaliação inicial, onde deverão ser colhidos dados biográficos, problemas de saúde anteriores e atuais, situação familiar. Pretende-se elaborar uma base de dados real acerca das necessidades efetivas

---

<sup>xxiii</sup> O bem-estar é um conceito complexo que se define como uma dimensão positiva da saúde, que integra as perceções, avaliações, que uma pessoa efetua em relação ao seu funcionamento em áreas como os afetos ou o funcionamento psicológico e social.<sup>233</sup>

da pessoa doente, nomeadamente como é a experiência de viver com medicamentos.<sup>236</sup>

Assim esta etapa, permite identificar os diagnósticos de enfermagem exatos, através da identificação das necessidades da pessoa doente, permitindo a identificação das pessoas com uma gestão do regime medicamentoso ineficaz, para que se possa intervir neste âmbito.<sup>236</sup>

Por sua vez, o planeamento, resulta da análise e avaliação do diagnóstico, é a componente do comportamento de enfermagem na qual são fixados os objetivos centrados na pessoa doente e se planeiam as intervenções a desenvolver face aos objetivos a alcançar.<sup>236</sup>

Definido o planeamento, segue-se a implementação que significa o início do comportamento de enfermagem, mediante o diagnóstico de situação efetuado. Há que entender a individualidade de cada pessoa e assim planear cuidados de enfermagem sensíveis.<sup>236</sup>

Finda a implementação do plano de cuidados é necessário proceder-se à avaliação final, que deve ser encarada como uma espécie de estudo analítico e de avaliação das etapas anteriores. É fundamental, medir assim o efeito das intervenções planeadas e executadas e refinar o nosso comportamento, com o intuito de conduzir a pessoa idosa com doença crónica ao sucesso, neste caso específico, para uma gestão eficaz do regime medicamentoso.<sup>236</sup>

Verifica-se assim, a importância do processo de enfermagem para a promoção do autocuidado nas suas variadas valências. De referir que, as questões do autocuidado<sup>xxiv</sup> remontam desde Florence Nightingale, contudo foi impulsionado por Dorothea Orem. Assim, os enfermeiros ao identificarem uma necessidade específica, que comprometa o autocuidado, deverão planear uma linha de ação para que os objetivos delineados possam ser intencionalmente atingidos com sucesso, sendo imperativo um compromisso por parte da pessoa doente em dar continuidade ao plano previamente elaborado.<sup>237</sup>

Neste sentido e atendendo aos pressupostos da teoria do autocuidado, os cuidados de enfermagem são prestados atendendo às necessidades da pessoa, com supervisão e atuação, mantendo uma continuidade, e com o objetivo da manutenção da vida e da saúde. O enfermeiro tem por isso a responsabilidade de estimular e promover o

---

<sup>xxiv</sup> Orem (2001) define o autocuidado como uma prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, cujo os objetivos são a preservação da vida e bem-estar pessoal.<sup>237</sup>

autocuidado na gestão do regime medicamentoso, através de intervenções educacionais e comportamentais, sendo que tal só é possível através da compreensão da complexidade da experiência da pessoa idosa a quem foram prescritos medicamentos.<sup>237</sup>

O enfermeiro juntamente com a pessoa doente implementa ações de autocuidado adaptadas de acordo às necessidades, utilizando uma relação de ajuda que se expressa no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado.<sup>237</sup>

Uma baixa adesão ao regime medicamentoso reporta para um défice de autocuidado, e que apela ao cuidado de enfermagem.<sup>237</sup> Este possibilita ajudar as pessoas, nomeadamente na gestão e manutenção do autocuidado e promover a consciencialização da pessoa idosa com um regime medicamentoso, para a manutenção de um equilíbrio entre a saúde e o bem-estar.<sup>238</sup> Os enfermeiros detêm autonomia profissional que possibilita orientar as pessoas no sentido de promover a capacidade de cuidar de si e consequentemente ganhos em saúde.<sup>239</sup>

Acerca da responsabilidade dos enfermeiros face à adesão ao regime terapêutico, a literatura defende que estes têm a capacidade e possibilidade de melhorar a adesão medicamentosa, através de uma compreensão adequada da dinâmica de adesão e das técnicas de avaliação dos problemas da não adesão. A responsabilidade dos enfermeiros na rede de cuidados de saúde e a sua proximidade com as pessoas doentes, coloca-os numa posição privilegiada para combater este problema na saúde individual e global.<sup>105</sup>

As evidências neste domínio apontam para que as intervenções de enfermagem promotoras da adesão à medicação se devam basear em abordagens inovadoras que envolvam a elaboração de um plano de cuidados que contemple a participação de todos e avaliação contínua da adesão.<sup>71</sup> Como grande parte do tratamento das pessoas com doença crónica é realizado em ambiente comunitário, nas suas casas, as visitas domiciliárias e os contactos telefónicos são facilitadores.<sup>240</sup>

Assegurar que os regimes de tratamento são seguidos, como a administração de medicamentos e outros tratamentos são algumas das responsabilidades dos enfermeiros, e que devem ser mobilizadas para melhorar a adesão medicamentosa, bem como obter ganhos em saúde. Os programas de educação continuada, para enfermeiros e outros profissionais de saúde, permitem desenvolver competências e sensibilizar para uma maior consciencialização sobre a importância da adesão à medicação.



Na Teoria explicativa apresentada por Bastos<sup>210</sup> afirma-se que, para além de um plano de intervenção e da identificação do estilo da pessoa doente face ao autocuidado, devem ser equacionados os seguintes aspetos: (1) a motivação, (2) a capacidade para tomada de decisão, (3) o conhecimento técnico, (4) as capacidades cognitivas e interpessoais e (5) coerência e integração das ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária.<sup>210</sup>

Em síntese, do enquadramento teórico aqui apresentado, pode afirmar-se que a fraca adesão à medicação por parte da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2 é uma realidade bem demarcada a nível mundial e nacional. Neste contexto, as políticas de saúde devem ser direcionadas para esta problemática através do estabelecimento de estratégias promotoras da adesão à medicação, com ganhos para a saúde individual e global.

Os enfermeiros têm a responsabilidade, numa relação de proximidade com a comunidade, de assumir uma posição de destaque para a implementação de programas interventivos e capacitação das pessoas para o autocuidado, neste caso em particular para uma gestão medicamentosa eficaz.

Sendo uma responsabilidade dos enfermeiros promover comportamentos aderentes e de promoção do autocuidado, a presente investigação tem como finalidade clarificar e testar a eficácia de uma intervenção complexa com vista à adesão medicamentosa da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2, conseguindo assim, melhorar a qualidade de vida dos utilizadores do sistema nacional de saúde, através de uma redução do número de complicações associadas à não adesão e de recorrências aos serviços de urgência.

O presente estudo assume relevância na medida que a não adesão à medicação é um problema real com sérias consequências na saúde a nível individual e global. Assim, conduziu-se uma investigação com intuito de testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem promotora de comportamentos aderentes face ao regime medicamentoso, na pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2. Para tal, nos capítulos seguintes serão exploradas as opções metodológicas adotadas no processo de investigação que envolveu três fases. Numa primeira elaborou-se uma revisão sistemática e conduziu-se um estudo qualitativo com o recurso a entrevistas semi-estruturadas. Na segunda fase exibe-se o desenho do estudo exploratório, com o intuito de conhecer o perfil das pessoas idosas com Diabetes e na terceira fase apresenta-se o desenho de um estudo experimental no sentido de verificar a eficácia da intervenção desenvolvida e implementada ao nível dos

cuidados de saúde primários. Serão ainda caracterizados os processos de randomização e alocação das amostras, os instrumentos de recolha de dados, os processos de recolha de dados, bem como todas as considerações éticas inerentes a uma investigação desta natureza.

Posteriormente, são apresentados os resultados das três fases da presente investigação bem como a discussão dos mesmos. Por último, expõe-se a conclusão do trabalho com uma síntese dos principais resultados que emergiram da investigação, a sua pertinência para o cuidado em Enfermagem, as limitações e sugestões de investigações futuras na área.





## 2. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo que tem como finalidade clarificar e testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem complexa, com vista à adesão medicamentosa da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2, conseguindo-se assim, melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, através de uma redução no número de complicações associadas à não adesão e de recorrências aos serviços de urgência. Este estudo foi realizado em três fases distintas, contudo complementares. Na primeira foi conduzida uma revisão sistemática da literatura e um estudo qualitativo com recurso a entrevistas semi-estruturadas, onde se formularam questões e objetivos que demonstrassem quais as componentes a incluir na intervenção de enfermagem a ser testada numa fase posterior. Na segunda foi delineado um estudo observacional com o intuito de conhecer o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2. Na última fase procurou-se investigar os ganhos em saúde decorrentes da implementação de uma intervenção de enfermagem promotora de comportamentos aderentes face à necessidade em aderir a um regime medicamentoso. Neste sentido, construíram-se questões, definiram-se objetivos e delinearam-se hipóteses para confirmar esses ganhos.

Segue-se a apresentação das questões e objetivos para cada fase do presente estudo.

### **Fase I – Revisão sistemática e estudo qualitativo:**

Questões:

- Quais as evidências prévias sobre a adesão medicamentosa nas pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2?
- Quais as evidências no que concerne às intervenções de enfermagem para a promoção da adesão medicamentosa em pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2?
- Quais os componentes que a intervenção complexa deve conter com a finalidade de promover a adesão medicamentosa?

Objetivo geral:

- Identificar as componentes da intervenção complexa de Enfermagem, a ser testada na terceira fase do estudo.

Objetivos específicos:

- Identificar os fatores preditores da não adesão medicamentosa;
- Compreender quais as necessidades das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, na gestão do seu regime medicamentoso;
- Identificar qual a importância do enfermeiro na promoção da gestão eficaz do regime medicamentoso.

## **Fase II – Estudo observacional**

Questões:

- Qual o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, registadas nas USFs (Unidades de Saúde Familiar) tipo A de um Centro de Saúde do ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde) Central?
- Qual o índice de complexidade do regime medicamentoso das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, nas USFs tipo A de um Centro de Saúde do ACES Central?

Objetivo geral:

- Reconhecer o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2 inscritas nas USFs tipo A de um Centro de Saúde do ACES Central.

Objetivos específicos:

- Identificar características sociodemográficas das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2;
- Avaliar a complexidade do regime medicamentoso.

### **Fase III – Ensaio clínico randomizado (ECR)**

Questão:

- Será que a implementação de uma intervenção complexa em enfermagem nas pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, registadas numa USF Tipo A do ACES Central e que residem no seu domicílio, resulta num aumento da adesão medicamentosa e qualidade de vida, em comparação com as pessoas idosas com a mesma patologia, sem este recurso?

Objetivo geral:

- Avaliar se a intervenção complexa de enfermagem desenvolvida e implementada, resultou num aumento da taxa de adesão à medicação e qualidade de vida.

Objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas da população em estudo;
- Avaliar a taxa de adesão à medicação;
- Avaliar o ICM (índice de complexidade medicamentosa);
- Avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2;
- Avaliar dados antropométricos e bioquímicos;
- Identificar o número de recorrências hospitalares face ao não controlo da doença crónica.

Formularam-se as seguintes hipóteses que foram testadas quando se comparou o grupo experimental com o grupo de controlo.

**Hipótese 1:** As pessoas idosas diabéticas não insulina tratadas que integram o grupo experimental (SimpleAdhere) apresentam taxas de adesão à medicação superiores comparativamente as pessoas pertencentes ao grupo de controlo.

**Hipótese 2:** As pessoas idosas diabéticas não insulina tratadas que integram o grupo experimental (SimpleAdhere) relatam uma qualidade de vida percecionada superior

comparativamente as pessoas pertencentes ao grupo de controlo.

**Hipótese 3:** As pessoas idosas diabéticas não insulina tratadas que integram o grupo experimental (SimpleAdhere) apresentam menos recorrências aos serviços hospitalares comparativamente as pessoas pertencentes ao grupo de controlo.

**Hipótese 4:** As pessoas idosas diabéticas não insulina tratadas que integram o grupo experimental (SimpleAdhere) têm valores de avaliação antropométrica e bioquímica dentro dos parâmetros preconizados.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS DE ESTUDO

Este capítulo tem por objetivo descrever as opções metodológicas enquadradas no modelo teórico que suporta o desenvolvimento, a avaliação e a implementação de intervenções complexas em enfermagem, concebido pelo *Medical Research Council*.<sup>241</sup> Este referencial reflete a dinâmica da investigação através de uma metodologia mista que visa enfatizar os ganhos em saúde, numa perspetiva multidimensional e cíclica. Métodos de pesquisa atuais, defendem que a base do conhecimento para o desenvolvimento de intervenções complexas na área da saúde deve ser investigada através de um processo de desenvolvimento, viabilidade/pilotagem, avaliação e implementação, num contínuo intercâmbio entre as fases, sempre que necessário (Figura 5).

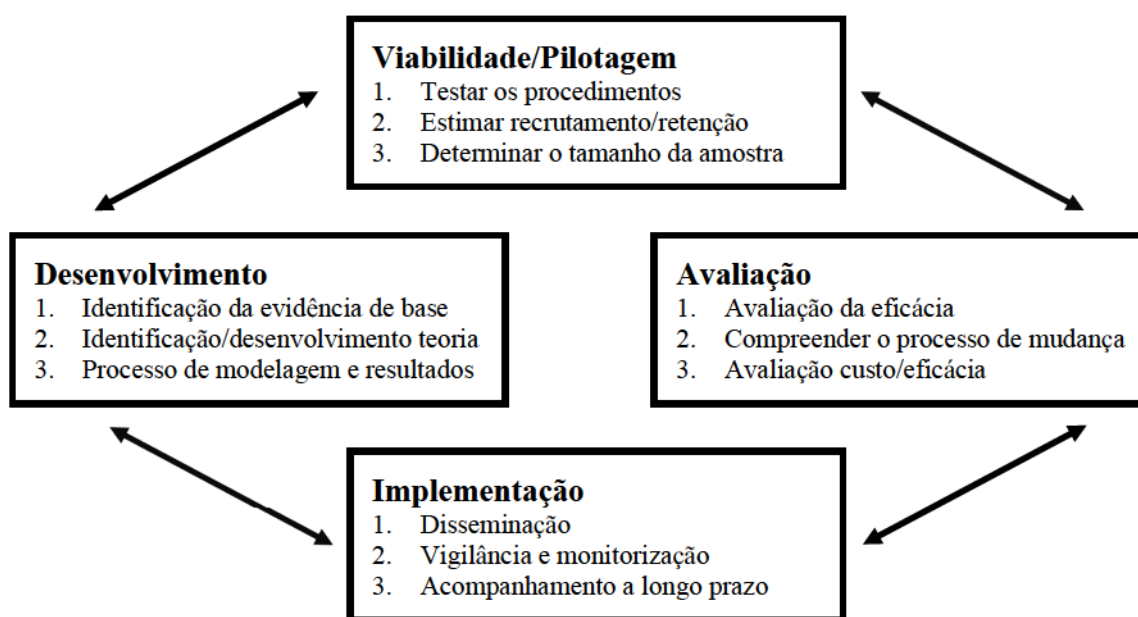


Figura 5. Medical Research Council 2008.

Fonte: Adaptado de Medical Research Council 2008, p.8.<sup>241</sup>

Este estudo baseado nesta metodologia visa identificar as componentes da intervenção a desenvolver dando resposta à fase de desenvolvimento. Esta fase possibilita a identificação das evidências pré-existentes, bem como a teoria de suporte à problemática em estudo. A fase de viabilidade permite testar os procedimentos, estimar

o recrutamento e determinar o tamanho da amostra. De seguida, a fase da avaliação possibilita avaliar a eficácia da intervenção desenvolvida. Por último, na implementação, este referencial defende que deve contemplar uma vigilância, monitorização e acompanhamento a longo prazo, e ainda o compromisso de disseminação dos resultados no seio da comunidade científica.<sup>241-242</sup>

Neste contexto, esta metodologia assenta em pressupostos teóricos que permitem responder aos objetivos delineados. De referir que, este modelo teórico de investigação defende ainda, que o desenvolvimento, implementação e avaliação das intervenções complexas deve assentar em desenhos metodológicos que permitam acrescentar evidência clínica, como o caso dos estudos experimentais.<sup>241-242</sup>

Assim, as intervenções complexas são definidas como sendo intervenções com múltiplas componentes e com capacidade de interação entre elas, promovendo ganhos em saúde nas pessoas sensíveis a essa intervenção.<sup>242</sup> Este modelo teórico assenta na metodologia dos ECRs, pouco usuais na disciplina de Enfermagem, porém com capacidade de melhorar os cuidados de saúde. Os desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais são os mais indicados quando se pretende estudar uma relação de causa e efeito.<sup>241-242</sup> A relevância deste desenho de investigação assenta na valorização da evidência produzida e na possibilidade de aplicação dos resultados na prática clínica.<sup>241-242</sup>

Este estudo insere-se no paradigma positivista e recorreu a uma abordagem mista. Neste tipo de paradigma, também conhecido como racionalista, assume-se uma realidade estável, objetiva e orientada para o resultado da avaliação da eficácia, através de uma medição controlada e rigorosa.<sup>243</sup> Esta abordagem encontra-se associada a estudo de cariz experimental ou quase-experimental, onde se verifica um distanciamento entre o investigador e o seu objeto de estudo.<sup>244</sup> Em suma, permite produzir contribuições teóricas e práticas para a área em estudo.

Nesta seção é efetuada uma descrição detalhada sobre o modo como se desenvolveu o estudo, de tal forma que qualquer pessoa o possa replicar de acordo com a informação explanada. É assim, descrito o desenho do estudo, participantes, material e procedimentos.<sup>39</sup> Como referido anteriormente, esta investigação é constituída por uma revisão sistemática, um estudo qualitativo com recurso a entrevistas, um estudo observacional descritivo e um ECR.



### 3.1. FASE I: ESTUDO DAS COMPONENTES DA INTERVENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO COMPLEXA

Este subcapítulo é destinado à apresentação do estudo realizado com o intuito de desenvolver a intervenção complexa em enfermagem a ser testada numa fase posterior (fase III). Neste estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura bem como, um estudo de carácter qualitativo, exploratório e descrito, com recurso a entrevistas, para clarificar as componentes a englobar na intervenção.

No que concerne à revisão sistemática a mesma foi realizada com o intuito de identificar, seleccionar, avaliar e sintetizar as evidências existentes sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adesão à medicação nas pessoas idosas com doença crónica. As diretrizes emanadas pelo JBI (*Joanna Briggs Institute*) foram consideradas com base na estratégia PICO (*Participant, Intervention, Comparison, Outcome*) para a questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem com potencial para melhorar a adesão à medicação nas pessoas idosas com doença crónica? Cada dimensão da questão de investigação conduziu à definição dos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 4). O presente estudo assumiu extrema relevância pois permitiu identificar, avaliar e sintetizar os achados de diversos estudos, e tornar acessível a melhor prática baseada na evidência.

Tabela 4. Critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática da literatura.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Termo “medication adherence” presente no título ou resumo; Estudos sobre pessoas idosas; Intervenção de enfermagem promotora da adesão à medicação; Avaliação da eficácia de intervenções promotoras da adesão à medicação; Estudos publicados em inglês, português, francês ou espanhol; Sem limite temporal; Disponíveis em texto integral.	Estudos sobre crianças e jovem adultos; Dissertações ou teses; Intervenção promovidas por farmacêuticos e/ou médicos; Estudos sobre intervenções para promover a adesão a medicação de curta duração.

Fonte: Adaptado de Oliveira C, José H, Caldas, AC, p.26.<sup>231</sup>

A colheita de dados foi realizada em janeiro de 2015 na PubMed (incluindo MEDLINE), CINAHL, LILACS, SciELO e EMBASE. As estratégias de pesquisa continham os seguintes descritores DeCS/MeSH: “medication adherence” AND “interventions” AND “aged and over” AND “nurs\*”. Não foram utilizadas restrições no que concerne à data de publicação dos artigos, por não ter sido encontrada nenhuma revisão sistemática anterior com a mesma questão de investigação.

Da pesquisa obtiveram-se 742 artigos, 24 encontravam-se duplicados pelo que foram rejeitados. Após a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, mais 677 artigos foram rejeitados. Procedeu-se à leitura integral de 41 artigos, sendo que 32 foram eliminados por não apresentarem todas as etapas metodológicas, não testarem nenhuma intervenção, não apresentarem análise de dados clara e não apresentarem resposta sobre a adesão à medicação, restando 9 artigos para a revisão e análise (Figura 6).

Os resultados descrevem-se em capítulo próprio, contudo, importa referir que os estudos incluídos avaliaram a eficácia da intervenção, predominantemente através dos registos das pessoas doentes, o que representa um alto risco de viés e incorporam uma variabilidade de projetos e métodos, que dificulta a comparação global entre os estudos selecionados.

Com o intuito de manter o rigor científico, utilizou-se a lista de verificação e avaliação crítica da JBI para revisões sistemáticas, para avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos. Com o intuito de complementar as evidências que advieram da revisão sistemática recorreu-se à realização de entrevistas que possibilitaram uma melhor seleção das componentes a incluir na intervenção complexa com vista à promoção da adesão medicamentosa, estudo esse que será explanado nos subcapítulos seguintes.

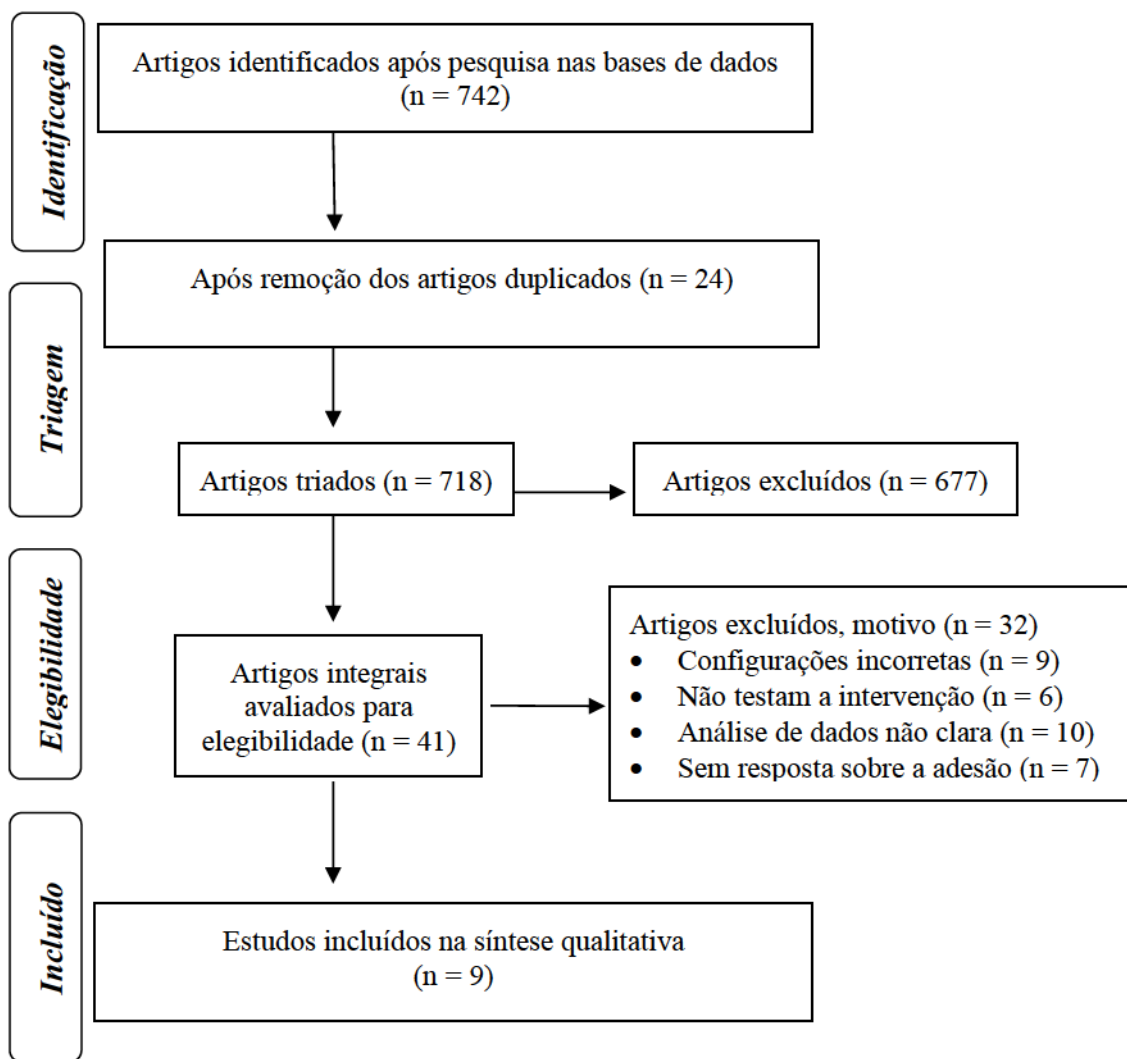


Figura 6. Identificação, análise e seleção dos artigos para a revisão sistemática.

Fonte: Adaptado de Oliveira C, José H, Caldas, AC, p.27.<sup>231</sup>

### 3.1.1. Tipo de estudo

Finda a revisão sistemática e tendo presente o objetivo definido para a fase I, recorreu-se ainda, à realização de um estudo de metodologia qualitativa através da realização entrevistas semi-estruturadas, presenciais num ambiente favorável com o objetivo de deixar o participante confortável e minimizar o risco de respostas e comportamentos que pudessem de algum modo, inviabilizar o seu curso. A entrevista de pesquisa qualitativa permite recolher informações que possibilitam entender os factos através da compreensão dos pontos de vista das pessoas, revelar o significado das experiências e ainda descobrir o modo como vivem antes da explicação científica.<sup>245-246</sup>

Este método apresenta como vantagem a flexibilidade, pois o entrevistador tem a possibilidade de dar um toque de espontaneidade, ao alterar ou acrescentar questões, sempre que se manifeste necessário. Permite ainda, testar a capacidade do entrevistado em se adaptar a novas situações através da introdução de uma pergunta inesperada. Como desvantagem é referido a exigência da mesma, pois o sucesso depende da destreza e capacidade do entrevistador.<sup>246-247</sup>

Os critérios consolidados para o relato de diretrizes de pesquisa qualitativa (COREQ) foram utilizados para orientar todos os procedimentos da pesquisa.<sup>248</sup> Essas diretrizes visam auxiliar os investigadores a descrever as suas pesquisas, melhorar o rigor e a qualidade dos estudos qualitativos, através de uma *checklist* de 32 itens. As diretrizes do COREQ encontram-se estruturadas em três domínios: (1) relacionado com as características pessoais da equipa de investigação e a sua relação com os participantes; (2) respeitante ao desenho do estudo e (3) referente à análise dos resultados.<sup>248</sup>

### **3.1.2. Participantes e recrutamento**

Integraram este estudo doze pessoas idosas com (1) diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo 2 não insulino tratada, (2) com idade igual ou superior a 65 anos de idade e (3) seguidas pelo médico e enfermeira de duas USFs tipo A do ACES Central da ARS (Administração Regional de Saúde) do Algarve, no controlo e vigilância da Diabetes. Os critérios de inclusão foram (1) pessoas residentes nas suas casas, responsáveis pela gestão do seu regime medicamentoso, (2) que falam português, (3) medicadas com antidiabéticos orais e (4) com consulta médica nos últimos seis meses. Os critérios de inclusão foram verificados com colaboração das enfermeiras das USFs através de uma revisão retrospectiva dos registos clínicos das pessoas doentes. Os critérios de exclusão foram: (1) não cumprimentos dos critérios de inclusão, (2) pessoas medicadas com insulina, (3) comprometimento cognitivo ou sensorial não compensado, (4) pessoas com necessidade de cuidados paliativos e ainda (5) pessoas institucionalizadas ou em lista de espera para o serem.

Os participantes foram recrutados de forma aleatória, desde que cumprissem os critérios de inclusão, enquanto aguardavam na sala de espera, pela consulta de vigilância da Diabetes, nas duas USFs seleccionadas. Cientes que aquando da realização de estudos de



natureza qualitativa, não se verifica aleatorização na amostragem, optou-se por este método de seleção com o intuito de minimizar o viés do investigador na seleção dos participantes. Assim, a aleatorização foi efetuada com o recurso a um programa estatístico (<https://www.random.org/lists/>), disponível *online* gratuitamente. Diariamente, aquando do conhecimento das pessoas que teriam consulta e que preenchiam os critérios de inclusão, procedeu-se à randomização dos mesmos, obtendo-se apenas uma pessoa para ser entrevistada. Este procedimento foi replicado até à saturação dos dados.

Foram ainda realizadas entrevistas a quatro enfermeiros e dois médicos reconhecidos como peritos na área da pessoa idosa com Diabetes. O conceito de perito adotado diz respeito aos profissionais que para além de detentores de uma vasta experiência na área, mobilizam com facilidade os conhecimentos teóricos que se traduz numa multitude profissional.<sup>228</sup> Os critérios de elegibilidade estabelecidos para os profissionais de saúde foram: (1) ter mais de dez anos de experiência profissional; (2) ter mais de cinco anos de experiência profissional no âmbito da pessoa idosa com Diabetes e (3) reconhecimento pelos pares como um profissional de referência na temática em estudo.

### **3.1.3. Procedimentos e recolha de dados**

Todas as entrevistas foram realizadas num consultório disponível para o efeito, com as condições requeridas para a realização e garantindo a privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A investigadora principal realizou as 18 entrevistas, semi-estruturadas e de modo presencial. Todas as pessoas selecionadas para a entrevista concordaram com a sua realização, tendo lhes sido entregue e explicado o consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), que após concordância foi assinado. A investigadora tomou notas de campo, principalmente aspetos da linguagem não-verbal. Antes do início da gravação áudio, foram colhidos dados sociodemográficos e clínicos, com o intuito de caracterizar cada informante.

Foram elaborados dois guiões de suporte à realização das entrevistas. O guião desenvolvido para as entrevistas realizadas às pessoas idosas com o diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo 2 (Anexo 2), continha três questões que pretendiam analisar o comportamento da pessoa face ao seu regime medicamento: (1) como é para si ter Diabetes e como tal, ter que tomar medicação todos os dias? (2) como gere o seu regime



medicamentoso? e (3) que tipo de intervenção por parte dos enfermeiros considera importante para o ajudar a cumprir o seu regime medicamentoso? De esclarecer que as questões foram formuladas de acordo com as capacidades cognitivas das pessoas inquiridas, neste sentido, apesar da linguagem utilizada no guião, o discurso foi adaptado com vista à obtenção de informações reais e com relevância para o fenómeno em estudo.

Relativamente ao guião das entrevistas aos profissionais de saúde (Anexo 3) era igualmente composto por três questões: (1) como acha que a pessoa idosa com Diabetes vive face à necessidade em aderir a um regime medicamentoso? (2) como considera que a pessoa idosa gere o seu regime medicamentoso? e (3) que tipo de intervenção por parte dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro) considera importante para ajudar a pessoa idosa com Diabetes a cumprir o seu regime medicamentoso?

O entrevistador (investigador principal) conduziu as sessões tendo o cuidado de nunca interromper a reflexão de cada informante, mantendo-se imparcial, intervindo apenas na colocação de questões que permitissem aprofundar o discurso. As entrevistas foram realizadas entre Agosto e Outubro de 2016 e até à saturação de dados. A duração das entrevistas variou entre 26 e 44 minutos, com um tempo médio de 30 minutos.

As pessoas entrevistadas foram codificadas com o recurso a letras e número, sendo que as letras EU significa as entrevistas realizadas aos utentes e a letras EPS as entrevistas conduzidas junto dos profissionais de saúde. Por sua vez o número foi utilizado para identificar os diferentes inquiridos atendendo ao grupo a que pertenciam. De mencionar ainda que a chave de codificação é da responsabilidade de investigadora principal, de acordo com os princípios emanados pela CNPD (Comissão Nacional de Protecção de Dados).

#### **3.1.4. Análise e tratamento do verbatim**

Antes da análise de conteúdo, procedeu-se a uma caracterização sociodemográfica das pessoas inquiridas (idade, género, agregado familiar e habilitações literárias).

O verbatim das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo<sup>xxv</sup> indutivo, que compreende a codificação, organização e classificação de dados por temas principais, conceitos, categorias e abstração.<sup>250</sup> As categorias e subcategorias foram emergindo aquando da análise de conteúdo. Algumas categorias não são estanques, encontrando-se em íntima relação com outras, porém os investigadores consideram ser esta a melhor categorização, atendendo aos objetivos do presente estudo.

Numa primeira fase, as entrevistas foram transcritas a partir das gravações áudio, lidas duas vezes, organizadas em codificação descritiva pelo investigador principal e os dados foram organizados em categorias emergentes. Numa segunda fase, o verbatim foi analisado, codificado e organizado de forma independente por outro investigador. Os dados originais (segmentos de texto que se constituíram unidade de análise) são exemplificados utilizando citações e as informações irrelevantes para a categoria em questão foram omitidas e marcadas com [...].

Os achados foram então discutidos e, quando necessário, revisitados, recodificados e recategorizados pelos investigadores. A análise dos dados foi realizada com recurso ao *software* NVIVO 10 (2012), concebido pela QSR Internacional Pty Ltd (Doncaster, Victoria, Austrália).

### 3.2. FASE II: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES NÃO INSULINO TRATADA

Neste subcapítulo explicita-se o estudo realizado com o objetivo de caracterizar o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, inscritas em duas USFs tipo A do ACES Central. Considera-se esta fase, como fundamental para o conhecimento da realidade das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, inscritas nas USFs em estudo.

Será explicitado o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os procedimentos, a recolha, análise e tratamento dos dados, permitindo assim que qualquer possa replicar o estudo à mesma população noutro contexto, ou até a outra população.

---

<sup>xxv</sup> A análise de conteúdo é utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de todo o tipo de textos e/ou documentos, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, que permitem interpretar as mensagens e alcançar uma compreensão dos seus significados, num nível superior à leitura comum.<sup>2476-247,249</sup>

### 3.2.1. Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo observacional descritivo<sup>xxvi</sup>, dado que este possibilita responder à questão de investigação, através da caracterização de uma determinada população face a um fenómeno. Neste sentido, o investigador pretende conhecer o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2.

Este estudo, de natureza quantitativa, permitiu conhecer a população em estudo, através das variáveis sociodemográficas definidas e o índice de complexidade do regime medicamentoso, sem procurar a existência de relação entre as variáveis em estudo.

### 3.2.2. Contexto e participantes

Este estudo foi realizado em duas USFs tipo A do ACES Central. Todos os participantes foram recrutados a partir das referidas USFs, com a colaboração das equipas de enfermagem.

Numa fase inicial foram identificadas todas as pessoas com Diabetes em ambas as unidades. Contudo, o tamanho da amostra foi definido atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Assim, como critérios de inclusão surgem: (1) pessoas com 65 ou mais anos, (2) de ambos os géneros, (3) não institucionalizadas, (4) que falavam português, (5) possuam contacto telefónico e (6) que tinham ido a pelo menos uma consulta médica e de enfermagem nos últimos seis meses. Como critérios de exclusão: (1) pessoas medicadas com insulina, (2) todas as pessoas hospitalizadas, institucionalizadas ou em lista de espera para o ser, (3) pessoas a necessitar de cuidados paliativos e (4) pessoas com alterações cognitivas ou sensoriais não compensadas (dificuldade auditiva e/ou visual) (Tabela 5).

---

<sup>xxvi</sup> Uma das peculiaridades dos estudos observacionais descritivos está na utilização de técnicas padronizadas de colheita de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.<sup>251</sup> Como desvantagem este tipo de estudo não investiga uma relação de causa e efeito, limita-se apenas a descrever um problema ou realidade.<sup>252</sup>

Tabela 5. Cálculo do tamanho da amostra após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

	Pessoas com Diabetes	Pessoas Idosas com Diabetes	1ª Seleção	2ª Seleção	3ª Seleção
<b>USF A</b>	468	294	235	205	176
<b>USF B</b>	794	490	336	259	219

A 1ª seleção excluiu as pessoas tratadas com insulina, após a 2ª seleção obteve-se apenas as pessoas idosas com Diabetes não insulino tratada e que tinham tido uma consulta nos últimos seis meses à data de início do estudo. Na última seleção, apurou-se a população em estudo, com a exclusão das pessoas idosas hospitalizadas, institucionalizadas ou em lista de espera para o ser, que necessitavam de cuidados paliativos, que apresentavam, deficiência sensorial não compensada, doenças neurodegenerativas e alterações cognitivas. Foram ainda excluídas as pessoas idosas, que apesar de ainda se encontravam inscritas nas USFs já tinham falecido.

### 3.2.3. Procedimentos

Após consulta dos processos clínicos de todas as pessoas que constituíam a amostra, o investigador principal entrou em contacto com as pessoas seleccionadas, onde foram explicados os objetivos e características do estudo. De referir que todas as pessoas contactadas aceitaram participar voluntariamente.

Assim, foram agendadas consultas de enfermagem com as pessoas de modo a dar continuidade ao estudo. Das 395 pessoas que constituíram a amostra, apenas 47 referiram dificuldade em deslocarem-se até ao centro de saúde, tendo sido nesses casos agendada visita domiciliária, e que teve uma total adesão (100%). Esta fase do estudo, foi realizada na íntegra pelo investigador principal, entre Setembro e Novembro de 2016.

Os dados foram colhidos em consulta de Enfermagem com a devida autorização de todos os intervenientes, através da assinatura do consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), com a garantia da manutenção do anonimato e confidencialidade dos mesmos.



### 3.2.4. Recolha de dados

Atendendo às questões de investigação, os dados foram colhidos através de um questionário estruturado para conhecer as variáveis sociodemográficas (Anexo 5) e um questionário que permite avaliação o ICM (Anexo 6).

As **variáveis sociodemográficas** em estudo foram: género, idade, estado civil, situação profissional atual, habilitações literárias, profissão, composição do agregado familiar e número de anos de diagnóstico.

Relativamente ao *Medication Regimen Complexity Index (MRCI)*, trata-se de um instrumento utilizado com a finalidade de avaliar a complexidade do regime prescrito. Encontra-se dividido em três secções. A secção A corresponde às informações sobre formas de dosagem, a secção B refere-se às informações sobre a frequência de administração das doses e por último, a secção C diz respeito às informações adicionais, nomeadamente horários específicos, cuidados a ter em consideração aquando da toma, cuidados com alguns alimentos, entre outras.<sup>253</sup> De salientar, que cada secção é pontuada tendo em consideração o regime medicamentoso da pessoa doente, e o índice é calculado após o somatório das três secções, sendo que quanto maior o valor obtido, maior a complexidade medicamentosa.<sup>253</sup> A escolha por este instrumento deveu-se ao facto de ser o único validado encontrado na literatura disponível, para medir a complexidade do regime medicamentoso.

O MRCI utilizado encontra-se validado para a população portuguesa com a denominação de ICM, tendo sido disponibilizado via correio eletrónico pelo autor original, com autorização para a utilização do instrumento, conforme indicação.<sup>253</sup>

Apesar do índice de complexidade do regime medicamentoso, encontrar-se validado, optou-se pela revalidação do mesmo, com a intenção de averiguar a sua confiabilidade. Deste modo, o índice validado por Oliveira e colaboradores, revelou, elevada confiabilidade (alfa de Cronbach de 0.814;  $p < 0.001$ ). O ICM obteve uma média de 15.63, com um desvio padrão de 6.84. Verificou-se ainda uma correlação significativa com entre o ICM e o número de medicamentos em uso ( $r = 0.897$ ;  $p < 0.001$ ).



Verificou-se ainda, alta correlação entre os resultados do ICM de dois aplicadores diferentes através da análise das mesmas pessoas. O ICM entre avaliadores obteve uma correlação de 0.998 para um  $p\text{-value} < 0.001$ .

### **3.2.5. Análise e tratamento de dados**

Os dados colhidos após codificação, foram introduzidos numa base de dados e analisados através do *software* aplicativo SPSS Inc., (Chicago, EUA, 2016), versão 24.0 para MacOS Sierra, versão 10.12.6.

A análise de todas as variáveis foi efetuada ao nível da estatística descritiva, mais precisamente frequências, com o cálculo de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). As medidas de tendência central pretendem caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com maior frequência. Por sua vez, as medidas de dispersão calculam a dispersão das observações em relação com as medidas de tendência central.<sup>254</sup>

A estrutura do instrumento ICM foi avaliada de acordo com as recomendações do autor, tendo igualmente sido calculado o alfa de Cronbach e coeficiente de correlação entre o ICM e o número total de medicamentos prescritos. O alfa de Cronbach é utilizado para avaliar a consistência interna do instrumento e o coeficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação tipo linear que tem como objetivo quantificar a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis quantitativas.<sup>254</sup> O nível de significância adotado para o estudo foi de 0.05.<sup>254</sup>

## **3.3. ESTUDO III: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO SIMPLE ADHERE**

Neste subcapítulo explicita-se o último estudo desenvolvido, que se centra na avaliação da eficácia da intervenção de enfermagem, desenvolvida e implementada, com a intenção de promover a adesão à medicação na pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2. Ao longo deste subcapítulo serão explicados todos os procedimentos metodológicos que suportam esta fase do estudo.

### 3.3.1. Tipo de estudo

Realizou-se um ECR<sup>xxvii</sup> com o objetivo de implementar e testar a eficácia da intervenção complexa de enfermagem para a promoção da adesão à medicação nas pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2.

Aquando da realização deste estudo e consoante os resultados obtidos, pretende-se numa fase posterior, a sua replicação num estudo multicêntrico e em larga escala. Testando e avaliando os instrumentos e procedimentos, estimando o recrutamento/retenção da amostra, identificando possíveis viés, testando os critérios de inclusão e exclusão e detetando erros relacionados com as questões metodológicas. Trata-se de um ECR com aleatorização cega, pois foi efetuada por dois investigadores externo ao estudo.

Os critérios consolidados para o relato de ECR (CONSORT – *Consolidated Criteria for Reporting Trials*) foram utilizados para orientar todos os procedimentos da pesquisa. Essas diretrizes, que englobam uma listagem com 25 itens, permitem aos investigadores conduzir as suas pesquisas de modo rigoroso.<sup>255</sup>

### 3.3.2. Recrutamento, participantes e procedimentos

O tamanho da amostra foi calculado através de um programa de bioestatística, disponível online em [www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/](http://www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/), sendo o universo, a população estudada na fase anterior. Após este procedimento, a amostra, que se encontra dividida por duas USFs, foi randomizada por *clusters*, tendo a USF A constituído o grupo experimental e por sua vez a USF B o grupo de controlo.

Foi selecionado este tipo de randomização com o intuito de minimizar o viés associado a um estudo experimental, ou seja, deste modo, foi possível assegurar que apenas os enfermeiros da USF do grupo experimental receberam a formação sobre a intervenção complexa, sendo que estes não tinham qualquer contacto nem com os enfermeiros nem com as pessoas doentes da USF do grupo de controlo. Garantiu-se deste modo, que os enfermeiros da USF selecionada para o grupo experimental foram os únicos a ter

---

<sup>xxvii</sup> Os ECRs são um tipo de estudo experimental, que possibilitam testar o efeito de uma determinada intervenção, são considerados como uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica.<sup>256</sup> Este tipo de estudo tem ainda a capacidade de minimizar a influência de fatores de confusão sobre relação de causa-efeito em comparação com outros desenhos de investigação.<sup>257</sup>

conhecimento da intervenção desenvolvida. Se a randomização tivesse sido efetuada individualmente e não por grupos os resultados obtidos estariam previsivelmente enviesados pelo facto de o enfermeiro mudar o seu comportamento perante uma pessoa inserida no grupo de controlo.

A mudança de comportamento após um momento formativo é uma realidade<sup>258</sup> e por isso, realizou-se um estudo experimental cego, onde os participantes não souberam em qual grupo se encontravam incluídos (grupo de controlo ou experimental).

A opção por USFs deveu-se ao facto destas unidades se encontrarem melhor organizadas no que concerne à vigilância da pessoa idosa com Diabetes. As USFs são unidades funcionais que se encontram organizadas por forma a assegurar uma vigilância e monitorização da pessoa idosa com Diabetes, de modo mais efetivo que as unidades de cuidados de saúde personalizados, conforme descrito na Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho.<sup>259</sup>

O centro de saúde onde decorreu o estudo, tinha três USFs, sendo que uma delas está dividida em dois polos. Todas as unidades têm equipas de profissionais de saúde distintas. Nas USFs tipo A, as pessoas com Diabetes vão ao centro de saúde para vigilância de três em três meses, enquanto que nas tipo B o fazem de seis em seis meses, tendo sido essa razão fundamental de escolha das USFs tipo A. Foi, assim, possível garantir contextos, modelos organizacionais e de prestação de cuidados semelhantes.

Para este estudo os critérios de inclusão estabelecidos foram: (1) pessoas idosas (65 ou mais anos, de ambos os géneros), (2) que falem português, (3) e com diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2 não insulino tratada, (4) que tenham telefone ou telemóvel e que (5) foram a pelo menos uma consulta no centro de saúde, nos seis meses anteriores à data de início do estudo. Os critérios de exclusão foram: (1) todas as pessoas idosas que estavam hospitalizados, institucionalizadas ou em lista de espera para o serem, (2) que necessitavam de cuidados paliativos, (3) que apresentavam deficiência sensorial (invisuais ou totalmente surdos), (4) que tinham doenças neurodegenerativas, (5) alterações cognitivas e (6) pessoas tratadas com insulina.

A amostra foi retirada da população do Estudo II, em que todas as pessoas respondiam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a presente fase de investigação. De modo aleatório, obtiveram-se 199 pessoas idosas, 89 pessoas inscritas na USF A e 110 pessoas pertencentes à USF B. No decorrer dos três meses da investigação, não se

verificaram desistências. As USFs foram codificadas por um investigador externo e randomizadas por um outro investigador externo à presente investigação, tendo sido nesse momento definido o grupo de controlo e o grupo de intervenção (Figura 7). O recurso a investigadores externos visou minimizar o risco de viés, como referido anteriormente.

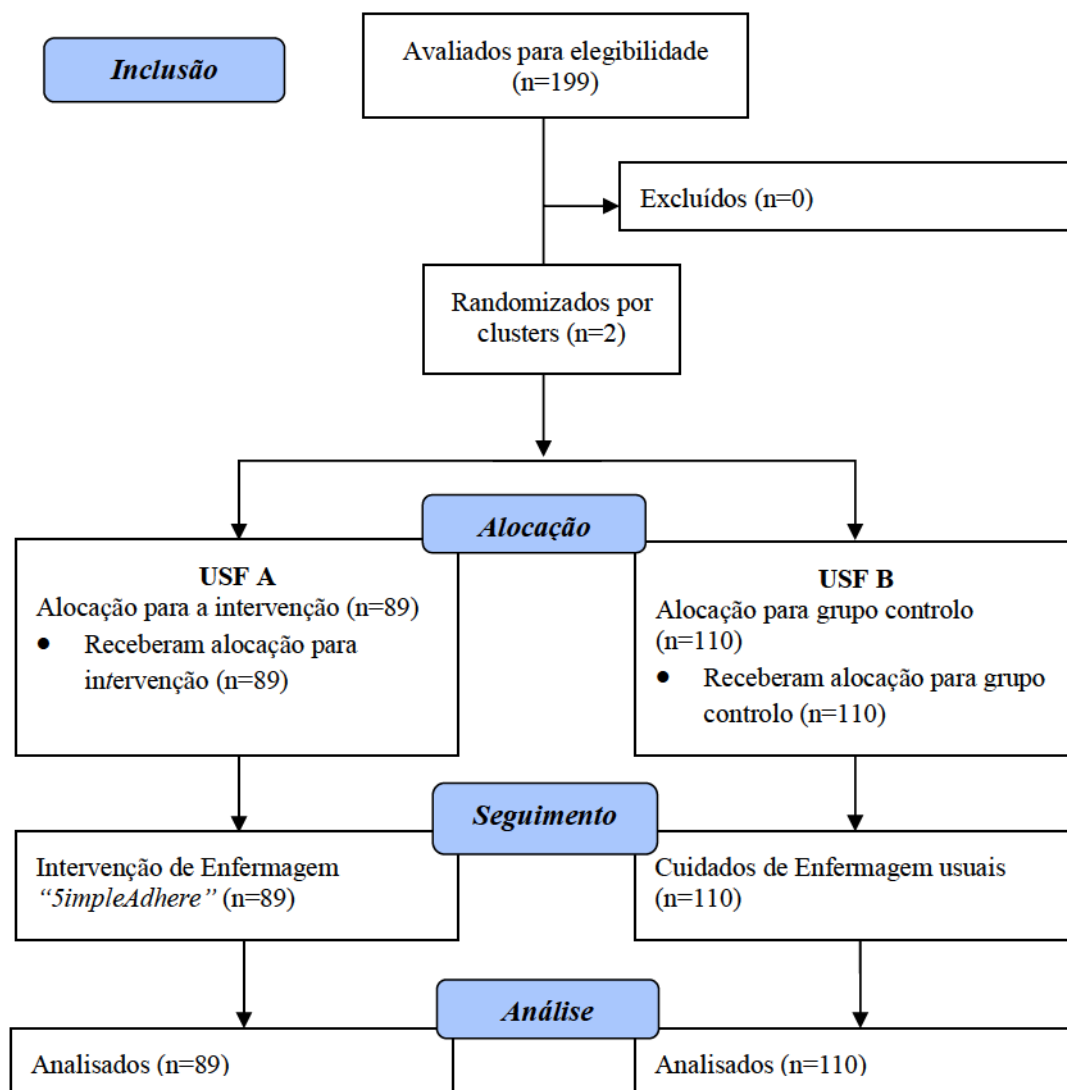


Figura 7. Fluxograma do Estudo III.

Fonte: Adaptado, CONSORT Group, 2010.<sup>255</sup>

De referir que os dados foram colhidos em consulta de Enfermagem com a devida autorização de todos os intervenientes, através da assinatura do consentimento livre e esclarecido (Anexo 7), com a garantia da manutenção do anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Na fase II, estudo observacional, conforme referido anteriormente, participaram 395 pessoas, 176 pessoas referentes à USF A e 219 pessoas pertencentes à USF B, tendo sido esse o universo amostral. Assim, com o objetivo de obter uma amostra estatisticamente representativa da população em estudo, recorreu-se a um programa de bioestatística disponível gratuitamente online através do seguinte endereço eletrônico: [www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/](http://www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/). Desde modo, concluiu-se que o tamanho da amostra deveria conter um mínimo de 196 pessoas (Figura 8).

**Cálculo Amostral**

Calculadora on-line

Erro amostral: 5 %

Nível de confiança: ☐ 90% ☒ 95% ☐ 99%

População: 395

Percentual máximo: %

Percentual mínimo: %

Calcular

Amostra necessária: 196

Figura 8. Cálculo Amostral.

Fonte: [www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/](http://www.publicaesdeturismo.com.br/calculoamostral/)

Com o desígnio de manter a significância no seio das USFs, receando que houvessem desistências que pudessem comprometer a legitimidade do presente estudo, na USF A foram elegidas 89 pessoas (44.7%) para o estudo e na USF B 110 pessoas (55.3%), o que totaliza um  $n = 199$ . A diferença no tamanho de cada grupo prendeu-se com o facto da USF B ter mais pessoas idosas diabéticas inscritas do que a USF A, preservando-se deste modo a representatividade amostral.

As pessoas idosas, seleccionadas, foram convidadas a irem à USF, onde se encontram



registadas, para uma consulta de enfermagem. Aquando da consulta, foram elucidados acerca do propósito do estudo e solicitado que assinassem o consentimento livre e esclarecido. Foi ainda informado, que caso pretendessem, podiam abandonar o estudo quando quisessem e que não tinham quaisquer custos associados às consultas de enfermagem e com os testes bioquímicos realizados durante a investigação.

Os enfermeiros pertencentes à USF do grupo experimental receberam formação no que concerne à intervenção **SimpleAdhere**. A formação contemplou um momento de formação formal (Anexo 8) e vários momentos de formação informal, sempre que foi considerado necessário.

De esclarecer que a USF pertencente ao grupo experimental é denominada como USF A e por sua vez, a USF B representa o grupo de controlo.

### **3.3.3. Recolha de dados**

Aquando da primeira consulta e antes da implementação da intervenção de enfermagem **SimpleAdhere**, as pessoas em estudo responderam aos seguintes questionários: (1) questionário sócio-demográfico e sobre os dados clínicos (Anexo 5 e 9); (2) ICM (Anexo 6); (3) escala de avaliação da adesão à medicação – MMAS-8 Itens de Morisky (Anexo 10), (4) questionário de qualidade de vida – HOQoL-BREF (Anexo 11) e (5) questionário de qualidade de vida da pessoa idosa – HOQoL-OLD (Anexo 12).

Dada a questão de investigação e a metodologia do estudo, procede-se à explanação dos instrumentos de recolha de dados, exceto do ICM dado já ter sido abordado no subcapítulo anterior, para uma melhor compreensão das escolhas metodológicas efetuadas.

A **escala de avaliação da adesão à medicação (MMAS-8 Itens)**, proposta por Morisky, é um dos métodos de determinação da adesão mais utilizado, e resultou da reformulação da escala inicial composta por apenas 4 itens, em 1986. Esta última versão, apresenta maior grau de confiabilidade, e foi criada com o objetivo de determinar a taxa de adesão, através da resposta a 8 perguntas fechadas de carácter dicotômico (sim/não), formuladas para evitar o viés associado a resposta a perguntas abertas.<sup>260-261</sup> Deste modo, cada item avalia um comportamento aderente específico, com seis perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma

positivamente, sendo que a oitava questão permite cinco respostas: (1) nunca, (2) quase nunca, (3) às vezes, (4) frequentemente e (5) sempre. Assim, o grau de adesão à medicação é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma das respostas, sendo que uma pontuação igual a 8 significa alta adesão, uma pontuação entre 6 e 8 pontos média adesão e uma pontuação inferior a 6 pontos, baixa adesão.<sup>262</sup> A escolha por este instrumento deveu-se ao facto de ser de fácil preenchimento, diminuindo a probabilidade da sua aplicação divergir de enfermeiro para enfermeiro, e por se encontrar validado e traduzido para português, bem como validado para pessoas idosas com doença metabólica crónica.

O **questionário de qualidade de vida (WHOQoL-BREF)** é constituído por 26 perguntas, sendo duas referentes à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 questões são referentes às facetas específicas que constituem o instrumento original. Enquanto que, na versão mais alargada ( HOQoL-100) a avaliação da qualidade de vida é avaliada por 4 perguntas em cada faceta, na versão utilizada no estudo cada uma das facetas é avaliada por apenas uma questão. Desta forma, foi possível conservar as 24 facetas originais, mantendo assim, a essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida. As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da HO e as respostas estão organizadas numa escala tipo Likert de 5 pontos.<sup>263-264</sup> O HOQoL-BREF encontra-se organizado em quatro domínios: (1) físico, (2) psicológico, (3) relações sociais e (4) meio ambiente.

A cotação deste instrumento pode ser efetuada de forma manual ou com recurso a uma sintaxe para o programa estatístico SPSS. Cada questão é cotada de 1 a 5, sendo cada um desses valores um descritor das escalas de resposta que constituem o instrumento. De mencionar, que este instrumento está validado para a população portuguesa.<sup>263-264</sup>

O **questionário qualidade de vida da pessoa idosa (WHOQoL-OLD)** foi concebido para ser aplicado somente na população idosa, como o seu próprio nome indica. Está conceptualizado como um instrumento complementar e não pode ser como tal, utilizado de forma independente. Na sua versão original, é composto por 6 facetas, num total de 24 itens, 4 questões por faceta, com a opção de resposta através de uma escala de Likert de 5 pontos.<sup>265</sup> As facetas são o funcionamento sensorial, que permite avaliar o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação; a autonomia, que avalia a capacidade para

viver de forma autónoma, com independência na tomada de decisão; atividades passadas, presentes e futuras, que possibilita avaliar a satisfação com os objetivos alcançados no decurso da vida e projetos que ainda pretende realizar; participação social que avalia a participação em atividade do quotidiano; a morte e morrer que avalia as preocupações e medos face à morte e ao morrer; e por último, a intimidade, que permite avaliar a capacidade para ter relações pessoais e íntimas.<sup>265</sup>

No âmbito dos estudos de adaptação, validação e normalização para a população portuguesa, decidiram acrescentar a faceta família/vida familiar, igualmente composta por 4 itens, que tem a finalidade de avaliar a satisfação relativamente o tempo passado em família, o apoio e as relações familiares e o sentido de valor do idoso no seio familiar, totalizando assim a versão portuguesa 28 questões.<sup>266</sup>

Relativamente às **variáveis sociodemográficas e clínicas**, as escolhas das mesmas, prendeu-se com o fenómeno em estudo, mais precisamente com a questão de investigação. Neste sentido, para o presente estudo, as variáveis sociodemográficas definidas foram às mesma que na fase II. No que concerne às variáveis clínicas, optou-se pela avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, HbA1C, perímetro abdominal, pesquisa da glicemia capilar, peso, altura, IMC e risco de úlcera do pé diabético. A pressão arterial foi medida em mmHg, a frequência cardíaca em bpm, a glicemia capilar em mg/dl, o perímetro abdominal em cm, a HbA1C em percentagem, a altura em metros e o peso em quilogramas.

Este estudo foi iniciado em novembro de 2016 tendo terminado em março de 2017 e todos os participantes, independentemente do grupo no qual estavam inseridos tiveram duas consultas de enfermagem, com uma duração entre 30/60 minutos cada. No final dos três meses, após a primeira consulta, os questionários iniciais foram reaplicados.

Estava definido o registo das desistências dos participantes bem como a sua razão, porém não se verificaram desistências. Todas as recorrências a serviços hospitalares foram registadas e confirmadas no processo clínico através do portal de dados em saúde.

#### **3.3.4. Análise e tratamento de dados**

À semelhança com o sucedido com o estudo anterior, os dados após terem sido colhidos



e codificados foram introduzidos numa base de dados e analisados com o auxílio do *software* SPSS.

Procedeu-se à análise da estatística descritiva, com o cálculo das medidas de tendência central e dispersão. As medidas de tendência central visaram caracterizar o valor da variável em estudo, que ocorrer com maior frequência. Por sua vez, as medidas de dispersão calculam a dispersão das observações em relação com as medidas de tendência central.<sup>254,267</sup>

Utilizaram-se testes paramétricos, nomeadamente o teste de *t*-Student para amostras independentes e o teste de *t*-Student para amostras emparelhadas. O teste *t*-Student foi utilizado para testar se as médias de duas populações eram ou não significativamente diferentes, sendo que o teste para amostras emparelhadas teve a finalidade de comparar duas populações, de onde foram extraídas duas amostras emparelhadas.<sup>254</sup> A utilização dos testes paramétricos sem ter sido testada a normalidade previamente assentou no teorema do limite central, que teoriza “que a distribuição de probabilidades da soma de muitas variáveis aleatórias independentes com a mesma distribuição de probabilidades, qualquer que ela seja, tende para a distribuição normal à média que a dimensão da amostra tende para infinito” (p.44).<sup>267</sup> Seguindo o raciocínio anterior, para amostras de dimensões superior a 25-30 assume-se que a distribuição da média amostral é “satisfatoriamente aproximada à normal” (p.46).<sup>267</sup> Em suma, este teorema “garante assim que, para amostras de dimensão razoável, a média tem distribuição normal, mesmo que a variável, para a qual se quer calcular a média, não tenha distribuição normal” (p.46).<sup>267</sup>

O nível de significância adotado para os testes de hipóteses do estudo foi de 0.05 e de 0.01.

### 3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO

As investigações desenvolvidas no âmbito da enfermagem, por serem realizadas com pessoas, envolvem sempre questões éticas e morais que divergem consoante a metodologia de investigação. Se por um lado há a crença no valor e na necessidade da investigação, por outro há a crença pelo respeito da dignidade humana.

Por se tratar de um estudo experimental, tornou-se imprescindível esclarecer que o

presente estudo não acarretava riscos para as pessoas idosas envolvidas na investigação. Pretendia-se sim, testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem que visa promover a adesão à medicação e assim contribuir para o aumento da qualidade de vida, contribuindo consequentemente para ganhos em saúde.

No percurso metodológico ficou garantido o respeito pelos princípios universais da ética, nomeadamente, os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, bem como foram respeitados os princípios reconhecidos na declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

De acordo com os pressupostos inerentes a uma investigação desta natureza, foi solicitado a todos os participantes, a livre escolha na participação no estudo, sendo que após autorização foi entregue e explicado a todos os envolvidos o consentimento livre e esclarecido. Os consentimentos, para os três estudos, foram elaborados de acordo com as normas e recomendações da DGS, diretamente através do *site* desta instituição.

Os dados foram colhidos num ambiente reservado assegurando a privacidade e individualidade de cada pessoa. Com o intuito de assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, todos os questionários foram codificados, sendo a chave da responsabilidade do investigador principal e de acordo com a CNPD, mais ninguém poderá ter acesso a ela, devendo ser destruída após o término do estudo. Os participantes foram ainda informados que as gravações também seriam destruídas após o término da presente investigação.

De salientar, que foi solicitado à CNPD, autorização para o tratamento de dados do presente trabalho de investigação, tendo sido concedida através da Autorização n.º 5488/2016 (Anexo 13).

Foi igualmente, solicitada autorização aos autores das escalas originais para a sua utilização, via endereço eletrónico, tendo todos autorizado a aplicabilidade das mesmas (Anexo 14). A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da ARS Algarve, através do ofício n.º 8208 de 04 de julho de 2016 (Anexo 15), com parecer favorável do Sr. Presidente da ARS Algarve (Anexo 16) e da Sra. Diretora Executiva do ACES Central da ARS Algarve (Anexo 17).

Foi garantido que os dados colhidos seriam utilizados exclusivamente para fins académicos, sendo ainda explicado às famílias que a sua participação seria voluntária, sem custos adicionais para elas e que, caso pretendessem abandonar o estudo, poderiam



fazê-lo a todo o tempo sem que esta decisão lhes trouxesse algum inconveniente.

Durante a investigação assumiu-se o compromisso de divulgação dos dados obtidos no seio da comunidade científica, com o intuito de poder contribuir para aumentar o nível de evidência prévio.

Nesta investigação não houve conflito de interesses.



## **4. RESULTADOS**

Ao longo do presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos nas diferentes fases que contemplam o presente estudo.

### **4.1. FASE I**

Apresentam-se em seguida os resultados da revisão sistemática e do estudo metodológico com recurso à realização de entrevistas semi-estruturadas.

#### **4.1.1. Achados da revisão sistemática**

A pesquisa identificou 9 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Após uma análise crítica dos artigos selecionados, bem como a elegibilidade, credibilidade e relevância dos dados, 2 artigos foram norteados por um paradigma indutivo, 6 por um paradigma dedutivo e 1 por métodos mistos.

Em relação ao país, o maior número de estudos selecionados são oriundos dos Estados Unidos da América (seis). China, Portugal e Itália publicaram um estudo cada. Os artigos selecionados são resumidos em relação aos participantes e desenho do estudo na tabela 6.

Um dos maiores desafios da enfermagem é preparar e ajudar as pessoas a responderem de forma positiva às mudanças/transições que ocorrem no decurso das suas vidas. A vivência de uma transição saúde/doença é um desafio para o qual as pessoas raramente se encontram preparadas e, nessa altura, vivenciam uma situação de crise pelo reconhecimento de não possuírem habilidades e conhecimentos necessários para manter o autocuidado.

A adesão à medicação requer uma mudança cognitiva e comportamental que permita a sua gestão eficaz,<sup>225,227,268-269</sup> pelo que, as intervenções promotoras da adesão à medicação, na pessoa idosa com doença crónica, devem ser complexas e adaptadas às condicionantes da própria adesão.<sup>141,204,227,270</sup>

Tabela 6. Artigos selecionados – Autores, participantes e desenho do estudo.

Estudo	Autor(es), Ano e País	Participantes	Desenho do Estudo
1	Logue, 2002, USA	Pessoas idosas com doença crónica medicadas com múltiplos medicamentos.	Estudo qualitativo
2	Lee et al, 2013, China	Pessoas idosas (65 ou mais anos), sem apoio familiar nem suporte social. Um total de 93 participantes foram recrutados, sendo que no final apenas 86 completaram o estudo.	Estudo piloto prospetivo
3	Henriques, Costa and Cabrita, 2012, Portugal	Pessoas com 65 ou mais anos de idade, com o diagnóstico de uma doença crónica.	Estudo qualitativo descritivo
4	Bogner, Morales, Vries and Cappola, 2012, USA	180 pessoas com medicação a longo prazo para Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 e depressão, seguidas ao nível dos cuidados de saúde primários.	Ensaio clínico randomizado
5	Antonicelli, Mazzanti, Abbatecola and Parati, 2012, Italy	Um total de 57 pessoas com doença crónica (insuficiência cardíaca congestiva).	Ensaio clínico randomizado
6	Solomon et al, 2012, USA	Pessoas idosas com doença crónica (osteoporose).	Ensaio clínico randomizado
7	Kreps et al, 2010, USA	Foram recrutados 17 pessoas do género masculino e 13 do género feminino com o diagnóstico de pelo menos uma doença crónica.	Metodologia mista
8	Friedman et al, 1996, USA	Pessoas doentes com 60 ou mais anos de idade com o diagnóstico de hipertensão arterial.	Ensaio clínico randomizado
9	Heisler, Vijan, Makki and Piette, 2010, USA	Pessoas idosas com Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 e mau control glicémico (126 participantes no grupo experimental e 119 participantes no grupo de controlo).	Ensaio clínico randomizado

Fonte: Adaptado de Oliveira C, José H, Castro Caldas, A, p.27.<sup>231</sup>

As estratégias para aumentar a adesão à medicação devem incluir intervenções educacionais e comportamentais, tais como: programas apropriados de informações sobre os medicamentos, promoção de comunicação eficaz, aconselhamento, simplificação dos regimes medicamentosos, envolvimento das pessoas doentes como parceiros no plano de cuidados e reforços ou recompensas pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos e clínicos.<sup>204,225,227,268-270</sup>

De acordo com dois estudos, as visitas domiciliárias aumentam a adesão à medicação e reduzem as hospitalizações e consequentemente a mortalidade.<sup>205,271</sup> Porém, no que concerne às chamadas telefónicas, o estudo não demonstrou uma melhoria estatisticamente significativa na adesão ao regime medicamentoso.<sup>272</sup>

A revisão sistemática desenvolvida, demonstrou que nenhum método simples é confiável e preciso. Uma única intervenção isolada pode não ser suficiente para produzir uma mudança no comportamento da pessoa face ao regime medicamentoso e, como tal, deve-se apostar em abordagens combinadas. Acredita-se que uma intervenção multifacetada permite ultrapassar um maior número de condicionantes à adesão, e tornando possível promover uma mudança comportamental que perdurará numa linha temporal mais alargada.<sup>269-270</sup> Outro aspecto que ressalta refere-se à relação estabelecida

entre o profissional de saúde e a pessoa doente, assumindo esta grande relevância, na medida em que quando não existe confiança todo o sucesso terapêutico se encontra comprometido.<sup>268</sup>

Esta revisão sistemática, demonstrou existir evidências de que as intervenções de enfermagem, se adaptadas ao nível de autocuidado de cada pessoa, têm a capacidade de potenciar comportamentos aderentes e assim, promover o bem-estar em pessoas idosas, ajudando-as a viver com dignidade, independência e autonomia.

#### 4.1.2. Achados das entrevistas aos utentes

O estudo de carácter qualitativo, exploratório e descritivo deu contributos para o desenho da intervenção de enfermagem promotora da adesão medicamentosa. Foram entrevistadas 12 pessoas idosas com o diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2 e ainda, 6 profissionais de saúde, reconhecidos como peritos na área pelos seus pares.

Das 12 pessoas idosas, 6 eram do género feminino e 6 do género masculino. São pessoas com 67 ou mais anos de idade, com uma média de 75.42, mediana de 76.50, desvio padrão de 4.295 e máximo de 81 anos de idade. Constata-se ainda que, 83.34% têm entre 67 e 79 anos de idade e que 16.66% têm 80 e mais anos (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição por género e classes de idade (Estudo I – Utentes).

	Género		Total
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
65-79 anos	5 (41.67%)	5 (41.67%)	10 (83.34%)
>=80 anos	1 (8.33%)	1 (8.33%)	2 (16.66%)
<b>Total amostral</b>	<b>6 (50%)</b>	<b>6 (40%)</b>	<b>12</b>

Das pessoas idosas entrevistadas, verificou-se que 1 (8.33%) não tem qualquer nível de escolaridade, 3 (25%) sabem ler e escrever, 3 pessoas têm o 1º ciclo, 4 o 3º ciclo e 1 pessoa (8.33%) concluiu o ensino secundário (Tabela 8).



Tabela 8. Caracterização da amostra no que concerne ao grau de literacia por género (Estudo I – Utentes).

	Habilitações Literárias						
	<i>Não sabe ler nem escrever</i>	<i>Sabe ler e escrever</i>	<i>1º ciclo</i>	<i>2º ciclo</i>	<i>3º ciclo</i>	<i>Ensino secundário</i>	<i>Ensino universitário</i>
Feminino	1	3	1	0	1	0	0
Masculino	0	0	2	0	3	1	0

No que concerne à composição do agregado familiar atestou-se que a maioria das pessoas residem com o cônjuge (58.34%). Na amostra em estudo, não se obtiveram pessoas a residir com outros familiares (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição da amostra por género e agregado familiar (Estudo I – Utentes).

Agregado Familiar		Género		Total
		<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	Sozinho(a)	3	2	5
	Cônjuge	3	4	7

A polimedicação é um cenário transversal a muitas pessoas idosas com diagnóstico médico de doença crónica. Verificou-se, um número total de medicamentos prescritos elevado, com uma média de 4.83, uma mediana de 5, um desvio padrão de 1.749, com um mínimo de 2 e um máximo de 7, sendo estes valores ultrapassados em comparação com o número de medicamentos ingeridos, podendo-se concluir que há fármacos a serem ingeridos mais do que uma vez por dia. Na amostra em estudo, também se pode verificar que as pessoas do género feminino ingerem mais fármacos do que as pessoas do género masculino (Tabela 10).

Finda a caracterização das pessoas entrevistadas, procedeu-se à análise do verbatim. O eixo central da nossa análise foi a gestão da medicação por parte das pessoas idosas com Diabetes, tendo presente os fatores que podem condicionar a gestão. Tomámos como quadro referencial, o modelo conceptual definido pela WHO como “The Five Dimensions of Adherence”, apresentado anteriormente na figura 3 (Fatores condicionantes da não adesão à medicação).

Tabela 10. Caracterização da amostra em relação ao total de medicamentos prescritos e total de medicamentos ingeridos por género (Estudo I – Utentes).

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Total de Medicamentos Prescritos</b>	<i>Feminino</i>	6	5.63	.983	5	7
	<i>Masculino</i>	6	3.83	1.835	2	6
<b>Total de Medicamentos Ingeridos por dia</b>	<i>Feminino</i>	6	9.67	1.633	7	12
	<i>Masculino</i>	6	5.67	3.077	3	11

Dos dados analisados, emergiram quatro categorias que possibilitam descrever o modo como as pessoas com 65 ou mais anos de idade, com o diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2, gerem a sua medicação e como é para elas serem detentoras de uma doença crónica, com necessidade de aderir a um regime medicamentoso (Tabela 11).

Tabela 11. Categorias e Subcategorias que emergiram do verbatim dos utentes.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Fatores relacionados com a pessoa</b>	Idade
	Rede de suporte familiar
<b>Viver com doença crónica</b>	Estilos de vida
	Aceitação da doença
<b>Fatores relacionados com a medicação</b>	Benefícios dos medicamentos
	Polimedicação
	Condicionantes à adesão medicamentosa
	Segurança na terapia medicamentosa
	Crenças sobre os medicamentos
	Relação com os profissionais de saúde
<b>Intervenções promotoras da adesão à medicação</b>	Intervenções comportamentais
	Intervenções educacionais

A categoria **Fatores Relacionados com a Pessoa**, constrói-se a partir de duas subcategorias (idade e rede de suporte familiar) e nela emergem os fatores inerentes à

própria condição enquanto ser bio-psico-social-cultural-espiritual, integrado numa determinada sociedade e cultura.

As pessoas idosas descrevem os seus pensamentos centrados na **Idade** biológica que têm, associando à mesma todos os seus problemas. Ainda neste contexto, a idade associa-se ao aparecimento de doenças e condiciona a capacidade da pessoa idosa para uma toma eficaz e segura dos medicamentos prescritos. *...antes de ser velha, não precisava de tomar medicação nenhuma, não tinha qualquer problema de saúde [...] a idade não perdoa (EU1), chega uma pessoa ao fim de vida e não pode fazer aquilo que bem lhe apetece (EU2), uma coisa é certa, quanto mais os anos passam mais remédios o doutor me receita (EU4), quando eu era jovem não tomava medicamento nenhum, agora que estou na velhice não dou conta de tantos medicamentos (EU7) e que quando se chega a minha idade, os medicamentos são os nossos melhores amigos, não passamos sem eles (EU8).*

Das falas acima descritas depreende-se que a maioria das pessoas associam o avanço da idade ao diagnóstico médico de uma ou mais doenças, sendo a idade cronológica encarada como algo inevitável e com sérias consequências. É consensual que o envelhecimento é inevitável, porém quando a mente não reconhece a idade, custa encarar o diagnóstico de uma doença crónica, como é o caso da Diabetes.

Na **Rede de Suporte Familiar** a gestão dos medicamentos é feita pelo próprio sem suporte familiar ou profissional, *sou eu que tomo conta dos meus medicamentos, o meu marido não me consegue ajudar e o meu filho também não percebe nada disto (EU3), sou eu que tomo conta da minha medicação (EU4) e ainda que sou eu é que tomo conta da minha medicação...a minha esposa é responsável pela dela (EU8).*

As pessoas idosas que ainda residem com o seu cônjuge deparam-se, ambos, com uma multiplicidade de medicamentos diariamente, tendo uma pessoa afirmado que assume a responsabilidade da gestão da sua medicação e da do seu cônjuge *eu preparo a minha medicação para a semana, e a do meu marido, numas caixas próprias (EU7).*

A ajuda dos filhos é considerada para a preparação da medicação *a minha filha ajuda-me com as caixas dos comprimidos (EU2)*, demonstrado uma rede de suporte familiar mais desperta para os problemas associados aos erros medicamentosos.

Quer seja por distanciamento geográfico, quer seja por a manutenção de uma vida profissional até uma idade mais avançada, os filhos (ou outros familiares) estão

afastados dos seus pais nestas tarefas. *há pessoas que não têm família por perto para as ajudar e elas por vezes podem-se enganar com os comprimidos que têm que tomar* (EU1), e podendo estar presentes, por vezes não detêm os conhecimentos necessários *eu não peço ajuda ao meu filho porque ele não percebe nada disto e porque também tem os problemas dele* (EU11).

A categoria **Viver com Doença Crónica** emerge das duas subcategorias (estilos de vida e aceitação da doença) e possibilita compreender que viver com doença crónica pressupõe um reajustamento a diversos níveis com o intuito de manter a homeostasia interna e externa.

O diagnóstico de uma doença crónica requer um reajuste do **Estilo de Vida** por parte da pessoa doente, não sendo sempre uma transição fácil, *eu estava habituada a comer o que me apetecia e ter que fazer um regime alimentar não me agradou nada e como tal por vezes porto-me mal* (EU1), *chega uma pessoa ao fim da sua vida e não pode comer aquilo que bem lhe apetece...eu como doces às escondidas* (EU2), *sou diabético há pouco tempo, e para mim foi complicado ter que mudar as minhas rotinas, no que diz respeito à alimentação e medicação* (EU3), *foi complicado ter que mudar os meus hábitos de alimentação [...] eu já caminhava todos os dias...agora saber que tenho que ter cuidados com a alimentação foi muito difícil, e como tal não cumpro sempre as indicações do médico* (EU4), *não acho justo com os poucos anos de vida que me restam ter que ter cuidado com aquilo que como...eu como o que me apetece e ninguém devia criticar-me e eu estava habituado a comer tudo o que me apetece, e agora que não posso ainda parece que tenho mais vontade* (EU12). A imposição de uma adoção de um estilo de vida saudável na velhice não é encarada com naturalidade e como tal, na sua grande maioria não é cumprida, chegando a existir omissão do diagnóstico médico à família com o intuito de poder manter o seu estilo de vida habitual, *eu escondi da minha família e amigos ser diabético, para assim puder continuar a fazer tudo o que fazia antes* (EU8).

Por vezes surge a revolta, *sou um homem de boa boca, por isso quando a médica me disse que tinha que mudar os meus hábitos de vida fiquei revoltado* (EU10). Ou recusa à alteração do estilo de vida *se a diabetes fosse como uma dor de cabeça...mas eu sinto-me bem, até me esqueço que tenho uma doença para o resto da minha vida* (EU12).



A **Aceitação da doença**, de uma nova condição de vida, implica a adoção de medidas que visam controlar a doença e manter a qualidade de vida, e quando o diagnóstico médico não é aceite todo o processo é vivido como uma obrigatoriedade e como algo que interfere negativamente com o habitual modo de vida, *ter diabetes, para mim é complicado [...] não aceitei bem quando o doutor disse que eu tinha Diabetes* (EU1), *para mim é muito chato* (EU2) *para mim ter Diabetes é igual a ter a tensão e o colesterol alto, uma chatice* (EU5), *é mau* (EU6), *é um verdadeiro aborrecimento* (EU7), *é constrangedor, ainda por cima que eu proibi a minha esposa de dizer aos meus filhos que eu tinha Diabetes, porque há festas e eu gosto de comer bem* (EU10), *quando almoço ou janto com a minha família não tomo os comprimidos para eles não me perguntarem e eu não ter que mentir, eles não sabem que sou diabético* (EU10), *para mim ter Diabetes é uma complicação* (EU11) e *é um problema, preferia não ter esta maldita doença* (EU12).

Apenas o decorrer do tempo incorpora a vivência da doença crónica no estilo de vida “habitual” *já sou diabética há muitos anos, já estou habituada* (EU3) e *já sou diabético há três anos, por isso já estou habituado, mas no início foi complicado* (EU10).

A categoria **Fatores Relacionados com a Medicação**, construi-se a partir de sete subcategorias (benefícios dos medicamentos, polimedicação, condicionantes à adesão medicamentosa, segurança na terapia medicamentosa, crenças sobre os medicamentos e relação com os profissionais de saúde). A pessoa idosa expressa as suas maiores dificuldades face ao regime medicamentoso prescrito e ao viver com a necessidade de medicação diariamente impõe um sentimento de dependência, *para mim eu vejo como uma dependência* (EU4).

Relativamente aos **Benefícios dos medicamentos**, as pessoas verbalizam que quando os medicamentos são prescritos pelo médico são considerados necessários para a manutenção da autonomia e controlo da doença *se o médico prescreve é porque fazem falta* (EU1), *acredito que o médico receita os medicamentos porque eles devem fazer-me bem* (EU5), *claro que os medicamentos têm benefícios* (EU6), contudo a toma dos antidiabéticos orais não é sentida como impulsionadora de bem-estar *em relação aos medicamentos para a Diabetes não sinto melhoras por os tomar ou não...mas quando pico o dedo é que são elas* (EU1), *para ser franco não sinto diferença nenhuma por tomar ou não os comprimidos...as vezes sinto que é igual como tomar um rebuçado*



(EU2), *em relação à medicação para a Diabetes, não sinto diferença em tomar ou não os comprimidos* (EU5), *não sinto nada de especial em termos de benefícios, a única vantagem é o facto das análises estarem melhores quando tomo a medicação* (EU6), *em relação aos comprimidos para a Diabetes, não sinto melhoras nenhuma quando os tomo, até parece que me sinto melhor sem eles [...] eu já disse à enfermeiros e à médica que acho que o meu organismo está entupido com tantos medicamentos* (EU7), *eu não sinto nada por tomar ou por não tomar* (EU9) e *não sinto benefícios* (EU11).

Da subcategoria **Polimedicação**, impele-se que o número de medicamentos prescritos e o número de ingestas diárias é uma condicionante ao sucesso do plano medicamentoso, sendo que, quanto maior for a complexidade maior é a probabilidade de erro e maior é a probabilidade de insucesso do regime medicamentoso *na minha opinião tomo muitos comprimidos por dia* (EU1), *todos os dias, aqueles comprimidos todos* (EU2), *eu sinceramente acho que tomo medicamentos a mais* (EU5), *tenho que tomar muitos medicamentos todos os dias* (EU7), *eu tomo muito remédios todos os dias* (EU9) e *tenho que dividir os comprimidos por caixas, pois eu tomo imensos* (12), *tenho comprimidos em casa que não sei para o que são* (EU3), *eu acho que tanta medicação também não faz bem nenhum* (EU5). Apesar desta transcrição também puder ser contemplada na das crenças, não deixa de ser relevante este achado pois corrobora a literatura no que diz respeito à polimedicação. O não reconhecimento dos benefícios e a polimedicação pode conduzir a comportamento de não adesão, *o doutor devia prescrever menos, se ele prescreve-se menos eu se calhar era mais certinho a tomar os remédios* (EU12).

No que concerne às **Condicionantes à adesão medicamentosa**, as pessoas referem que a taxa de adesão é condicionada pelos fatores da não adesão à medicação expressos em não gostar de tomar medicamentos e ter que o fazer diariamente ou até durante toda a *visa detesto tomar medicamentos, sempre detestei, até um simples comprimido para a dor de cabeça eu evitava* (EU1), *não acho que seja difícil tomar os medicamentos, mas eu não gosto* (EU1), *eu detesto tomar medicamentos, ainda por cima todos os dias* (EU4) *o que quer que lhe diga não gosto, mas preciso deles para viver* (EU7) *eu simplesmente não gosto de tomar comprimidos* (EU8), *detesto, é um sacrifício todos os dias ter que tomar medicamentos* (EU12), *se isto fosse como um antibiótico eu ainda tolerava, agora assim, todos os dias ter que beber aqueles comprimidos todos até ao fim da minha vida é mau* (EU2).

A grande causa apontada para uma fraca adesão ao regime medicamentoso é esquecer-se das tomas *esqueço-me às vezes da medicação, ainda mais quando vou passear ou ando preocupada com alguma situação da minha vida* (EU1), *não gosto de tomar os comprimidos e por isso as vezes faço-me de esquecido, outras vez esqueço-me mesmo* (EU4), *às vezes esqueço-me de comprar embalagens novas e quando me apercebo já não tenho medicação nem receitas* (EU5), *uma das maiores dificuldades é que eu esqueço-me de tomar os comprimidos* (EU6) *às vezes esqueço-me, principalmente quando vou jantar fora à casa do meu filho* (EU8), *é difícil, a minha cabeça já não vai dando conta do recado* (EU9), *a minha maior dificuldade é mesmo a minha cabeça, esqueço-me [...]as vezes fico sem saber se já os tomei ou não* (EU11), *esquecimento que por vezes é intencional há dias que não tomo os medicamentos, porque não quero* (EU7).

A fraca adesão à medicação justifica-se, ainda pelo facto, da pessoa sentir-se bem e por isso não entende a real necessidade em aderir a um regime medicamento *a minha maior dificuldade é que eu não me sinto doente, e como tal é e difícil aceitar que tenho que tomar medicamentos todos os dias, e por isso esqueço-me* (EU10)

O custo da medicação, surge como outra condicionante à adesão pois representa uma parte significativa do rendimento familiar *sem contar o dinheiro que deixo na farmácia* (EU2), *os comprimidos são muito caros, e eu não tenho dinheiro para comprar os medicamentos todos* (EU3), *a reforma já não é muito grande e eu deixo muito dinheiro na farmácia todos os meses, o dinheiro não estica* (EU6) *a outra é o dinheiro que os comprimidos custam* (EU8), *já houve dias que não tomei os comprimidos porque não tinha dinheiro para os meus e para os do meu marido e como ele é doente cardíaco, achei que os comprimidos dele eram mais importantes* (EU9), *os medicamentos são muito caros [...] as vezes não compro os meus medicamentos, pois preciso de dinheiro para ajudar o meu filho desempregado* (EU11) *e o doutor devia de ter em consideração o custo dos medicamentos quando prescreve, nem todos temos dinheiro para isso* (EU12), *e a gratuidade da medicação surge como algo benéfico o estado devia dar os comprimidos gratuitamente* (EU6), *e um maior acesso a consultas gratuitas eu acho que os doentes crónicos podiam ter as consultas todas gratuitas, o que infelizmente não acontece* (EU8).

Inserir a medicação na dose certa, no horário certo e na frequência certa, também exige de algumas pessoas o esforço por cumprir estas indicações *eu tento tomar os*

*comprimidos todos os dias à mesma hora (EU1), eu sei que devia tomar a medicação todos os dias à mesma hora, já me disseram isso no centro de saúde, mas eu esqueço-me e portanto, não tomo todos dias nem à mesma hora (EU4), tento tomar os comprimidos sempre à mesma hora, mas às vezes não consigo (EU6) e a minha maior dificuldade é o tomar todos os dias à mesma hora, isso é muito difícil, não consigo cumprir à risca essa recomendação, eu tento, mas não dá (EU7), contudo e por vontade própria ou por desconhecimento algumas pessoas ingerem a medicação sem respeitar qualquer regra, eu não tomo os comprimidos sempre à mesma hora, tomo quando calha (EU2), eu não tomo os comprimidos sempre à mesma hora (EU3), eu tomo os medicamentos de acordo com a hora que me levanto, e como estou reformada, levanto-me da cama quando me apetece [...] em regra geral tomo sempre os medicamentos, quando sei que vou abusar na alimentação, nesses momentos tenho que ter cuidados com a medicação (EU5), isso de tomar sempre à mesma hora não funciona comigo (EU8), não sabia que tinha que tomar todos os dias à mesma hora (EU9), não tomo todos os dias nem à mesma hora (EU10) e tomo quando calha (EU12).*

Relativamente à subcategoria **Segurança na terapia medicamentosa**, outro facto que pode não apenas conduzir a uma fraca adesão, mas principalmente a erros associados à ingestão dos medicamentos prescritos e como tal a um maior número de recorrências a serviços hospitalares, diz respeito à toma de medicamentos errados e/ou na dose errada, *eu já não vejo muito bem e as embalagens têm letras pequenas e os comprimidos também não são muito grandes, por isso a minha maior dificuldade é distinguir os comprimidos (EU2), distingo os comprimidos pelas cores e pelas formas, já não consigo ler os nomes dos comprimidos (EU3), às vezes já me confundo um pouco (EU5), não sei ler nem escrever, por isso as vezes tenho medo de me enganar com os comprimidos (EU9), o senhor da farmácia mostra-me os comprimidos e eu decoro os que tenho que tomar pela cor e tamanho (EU11), eu já não vejo bem, às vezes fico na dúvida se tomei o comprimido certo (EU10).*

**Crenças sobre os medicamentos**, outra das subcategorias, revela que as crenças determinam a ação portanto os comportamentos aderentes e não aderentes *medo que a medicação me faça mal ao estômago, apesar de estar a tomar um comprimido para o estômago (EU5), tenho medo de tomar tantos comprimidos (EU7), eu vi uma reportagem na televisão em que diziam que os medicamentos matam (EU8), às vezes fico com a ideia que isto dos medicamentos só serve para encher os bolsos às farmácias*



(EU10) e *tenho que limpar o meu organismo, é o que eu oiço na televisão que tomar todos estes comprimidos deixa o nosso corpo cheio de toxinas, e que de vez em quando temos que eliminar essas coisas* (EU12).

Na subcategoria **Relação com os Profissionais de Saúde**, o modo como os profissionais de saúde se relacionam com o utente e familiares, bem como a sua disponibilidade no decurso da consulta encontra-se associada com o sucesso do plano terapêutico, mais precisamente com uma taxa de adesão à medicação.

Assim, as pessoas entrevistadas referiram *há uns comprimidos que eu deixei de tomar porque não me sentia bem com eles, mas não avisei, porque tenho medo que se zanguem comigo* (EU3), *se houvesse um controlo por parte do médico ou da enfermeira eu sentiria culpa por não tomar os medicamentos e seria mais cumpridor do que aquilo que sou* (EU4), *o médico e o enfermeiro deviam trabalhar em conjunto* (EU8), *pois de facto a medicação é prescrita e ninguém telefona a perguntar como estamos, se nos adaptamos bem, se reagimos bem, apenas marcam uma consulta daqui a 3 meses [...] devia haver uma vigilância mais apertada, se isto é assim tão importante para mim, então porque motivo o médico ou o enfermeiro não vêm confirmar se tomo tudo certo [...] se calhar a minha atitude face aos comprimidos surge no seguimento da falta de interesse pelos profissionais de saúde* (EU10) e *tenho comprimidos que não os quero tomar e não disse nem ao enfermeiro nem ao doutor, eles não precisam saber* (EU11).

Na categoria **Intervenções Promotoras da Adesão à Medicação** emergem estratégias reconhecidas como potenciadoras da adesão à medicação, bem como o reconhecimento dos enfermeiros como fundamentais neste, *acredito que os enfermeiros me podiam ajudar a tomar sempre os medicamentos* (EU1). As subcategorias foram definidas atendendo às suas manifestações e também tendo presente o modelo de Bugalho e Carneiro (2004).<sup>218</sup> Intervenções comportamentais e intervenções educacionais, são as subcategorias que constituem esta categoria.

Na subcategoria **Intervenções comportamentais**, emergem significados que salientam a comunicação e aconselhamento, a simplificação de regimes medicamentosos e o envolvimento dos utentes no tratamento terapêutico, como relevantes para a gestão eficaz da medicação prescrita.

A facilidade de preparação da medicação *caixas já preparadas com os medicamentos para a semana (EU1), podiam também ajudar a preparar a medicação numas caixas próprias que eu sei que existem, era muito mais fácil para mim (EU5), eu acho que preciso de ajuda para organizar os meus comprimidos todos (EU11), as visitas domiciliárias eu achava formidável, era os enfermeiros irem à casa das pessoas e ajudarem com a medicação (EU1), eu acho que os enfermeiros deviam vir à minha casa e prepararem os meus medicamentos de vez em quando, assim seria mais fácil e eu tinha a certeza que fazia a medicação certa (EU2), os enfermeiros deviam conseguir ir às casas das pessoas que precisam (EU3), os enfermeiros deviam vir à casa das pessoas confirmar se tomamos a medicação corretamente e se está bem guardada (EU6), e as consultas de enfermagem presenciais e por telefone pelo menos um simples telefonema (EU1) mais consultas, visitas ao domicílio ou mesmo chamadas telefónicas seria uma vantagem para a população (EU4), também deviam ligar a perguntar se precisamos de mais receitas e se está tudo a correr bem com a medicação (EU5), passava por fazerem chamadas telefónicas de vez em quando (EU7), devia haver mais consultas no centro de saúde com os enfermeiros, para pudermos tirar dúvidas (EU8), se os enfermeiros tivessem mais tempo para me ajudarem com os comprimidos eu sentir-me-ia mais segura (EU9), mais consultas (EU10) e o enfermeiro devia falar connosco na consulta e depois devia efetuar um telefonema, principalmente quando o doutor prescreve um medicamento novo...nem que fosse para saber se nos adaptamos bem ou não (EU12), parecem ser determinantes para o sucesso.*

Na subcategoria **Intervenções Educacionais**, emergem os programas educacionais como fundamentais para aumentar o conhecimento das pessoas, através do fornecimento de informação adequada sobre a sua doença e a necessidade em aderir a um plano terapêutico personalizado e individualizado *uma consulta de enfermagem na qual me explicassem os medicamentos a tomar, as horas, quais tomar ao mesmo tempo entre outros aspetos seria muito importante para mim e para as pessoas na mesma situação que eu [...] e concordo com a entrega de panfletos informativos (EU1), podiam esclarecer as nossas dúvidas e receios e no final entregar um papel para eu poder mostrar aos meus filhos (EU7), a ajuda dos enfermeiros é uma vantagem, para nos lembrarem das vantagens e desvantagens de tomar a medicação através de conversas com esse intuito (EU9), mais apoio, mais informação, pois se calhar sou*



*irresponsável devido à falta de conhecimento (EU10), em primeiro lugar as pessoas doentes deviam entender ao certo qual a importância em tomar os medicamentos [...] a mim só me dizem que tenho que tomar, ninguém me explica qual o problema por não os tomar (EU12).*

Ressalta a necessidade de adequação do modo de transmissão da informação *eu não acho que os panfletos ajudem pois eu já não consigo ler letras pequenas, já é muito difícil, sem contar que às vezes não percebo o que vem escrito nos folhetos (EU2), bem como a relevância da partilha de informações e experiências até podiam fazer sessões conjuntas, para partilhar ideias, como fazem os alcoólicos anónimos (EU4).*

#### **4.1.3. Achados das entrevistas aos profissionais de saúde**

Neste estudo, participaram 6 profissionais de saúde, sendo todos eles detentores de Licenciatura, 4 (66.67%) na área de Enfermagem e 2 (33.33%) na área de Medicina. É ainda de referir que a amostra apresenta uma distribuição equitativa no que concerne ao género dos entrevistados.

A amostra em estudo é composta por pessoas com 42 ou mais anos de idade, com uma média de 48 anos, mediana de 45.50, desvio padrão de 6.663 e máximo de 60 anos de idade.

À semelhança com o procedimento efetuado às entrevistas realizadas aos utentes efetuou-se uma análise e interpretação do verbatim transcrito e resultante das entrevistas. O eixo central da nossa análise foi compreender como os profissionais de saúde percecionam a problemática da gestão da medicação por parte das pessoas idosas com Diabetes, visando uma reflexão de quais as estratégias e intervenções que devem ser implementadas na comunidade para contrariar as baixas taxas de adesão à medicação, bem como erros associados a uma gestão não eficaz.

As categorias e subcategorias foram emergindo aquando da análise de conteúdo. De referir que apenas se obtiveram três categorias, que se encontram interligadas entre si (Tabela 12).

Tabela 12. Categorias e Subcategorias da interpretação do conteúdo das entrevistas aos profissionais de saúde.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Viver com doença crónica</b>	Estilos de vida
	Aceitação da doença
<b>Fatores relacionado com a medicação</b>	Benefícios dos medicamentos
	Complexidade do regime medicamentoso
	Fatores de não adesão à medicação
	Gestão do regime medicamentoso
	Segurança na terapia medicamentosa
<b>Estratégias promotoras da adesão à medicação</b>	Intervenções comportamentais
	Intervenções educacionais

Neste sentido, emergiu a categoria **Viver com Doença Crónica**, subdividida: **estilo de vida** e **aceitação da doença**.

No **Estilo de vida** percebe-se de que a mudança não ocorre facilmente e que por vezes nunca se observa *há pessoas que nunca mudam, levaram anos com estilos de vida não saudáveis, não é agora que mudam* (EPS1), *da minha experiência só mudam perante um susto, neste caso perante o risco de uma amputação, mas depois do susto passar, infelizmente voltamos à casa de partida* (EPS2), *infelizmente a falha de medicação, a alimentação não saudável e a inatividade física só contribuiu para o aparecimento de comorbilidades* (EPS5), sendo que é consensual que a **Aceitação da doença crónica**, não é por si só uma tarefa fácil pois pressupõe uma capacidade de resiliência e adaptação à mudança *as pessoas com Diabetes são especiais, ou seja, elas não se sentem doentes, até pelo contrário sentem-se bem com níveis glicémicos mais elevados e como tal, torna-se difícil conduzir esta população a uma aceitação efetiva e a uma gestão eficaz do regime medicamentoso* (EPS2), *na minha opinião o diagnóstico de uma doença crónica e a necessidade em aderir a um regime medicamentoso, independentemente do seu grau de complexidade é sempre complicado* (EPS3), *de acordo com as vivências de cada um, as pessoas podem encarar de uma forma mais positiva ou não, porém é sempre um transtorno* (EPS4), *sinceramente nunca refleti muito sobre esse aspecto, mas na minha opinião não deve ser fácil [...] o diagnóstico de*

*uma doença crónica condiciona a vida a qualquer pessoa, e ninguém gosta de ver a sua vida condicionada (EPS5) e a maior parte das pessoas demonstram descontentamento por serem dependentes de medicação para o resto das suas vidas, por serem doentes crónicas (EPS6).*

As subcategorias: **benefícios dos medicamentos, complexidade do regime medicamentoso, fatores da não adesão à medicação, gestão do regime medicamentoso e segurança na terapia medicamentosa**, agregam-se originando a categoria **Fatores Relacionados com a Medicação**.

É consensual que existem **benefícios** que advêm dos medicamentos, nomeadamente o controlo da doença, a diminuição dos sintomas e o aumento da esperança média de vida, com ganho na qualidade de vida *todos sabemos que se não fossem os medicamentos as pessoas não viviam tantos anos (EPS1), tenho muitos utentes que apresentam taxas de hemoglobina glicada elevadas, o que significa que não tomam a medicação diariamente, quando tomam a medicação corretamente as taxas diminuem, não há como negar a realidade, a medicação tem benefícios (EPS2), os nossos utentes diabéticos não vivem sem o recurso à medicação (EPS4), sem medicação as pessoas diabéticas teriam uma esperança média de vida muito curta (EPS5) e a medicação é sem sombra de dúvida um grande avanço tecnológico com grandes ganhos para o ser humano (EPS6)*, embora a **complexidade do regime medicamentoso** seja percebida com negativa *cada vez são prescritos mais medicamento (EPS1) e é terrível ter que tomar medicamentos diariamente (EPS6).*

Os **fatores da não adesão à medicação** são variados, porém transversais a muitas pessoas idosas, *uma pessoa saber que para o resto da sua vida terá que fazer medicação é complicado (EPS4), com a diminuição das capacidades cognitivas torna-se complexo as pessoas idosas conseguirem gerir os seus regimes medicamentosos sozinhos [...] crenças pré-estabelecidas em torno dos medicamentos [...] devíamos desmitificar esta temática junto da população (EPS1), depois existe a questão das limitações cognitivas que conduzem ao esquecimento [...] questões financeiras [...] e ainda a complexidade do regime medicamentoso (EPS1), o facto de não se sentirem doentes, o custo dos medicamentos, o esquecimento e o número de medicamentos a tomar todos os dias (EPS2), o número elevado de medicamentos, o custo dos*



*medicamentos e a falta de memória associada ao envelhecimento (EPS3), esquecimento, o custo dos medicamentos e o número de medicamentos a tomar diariamente (EPS4), as crenças, o custo dos medicamentos, problemas cognitivos, nomeadamente o esquecimento e o número de medicamentos a ingerir diariamente (EPS5) e o preço elevado dos fármacos, o número de medicamentos a ingerir diariamente e a mente de cada um, pois há pessoas bastante renitentes à ingestão de medicamentos (EPS6), e a gestão do regime medicamentoso é complexa e difícil acho que as pessoas idosas têm dificuldades em gerir o regime medicamentoso (EPS1), afirmo que as pessoas idosas têm muitas dificuldades em gerir um regime medicamentoso (EPS2).*

Uma gestão eficaz não pressupõe apenas uma ingesta diária, mas sim uma série de aspetos a ter em consideração, nomeadamente a toma diária no mesmo horário. A prioridade que ressalta nas entrevistas é a toma diária, embora ainda que não seja nos horários definido, *a questão da toma diária à mesma hora é outro problema [...] eu já fico feliz se tomarem a medicação diariamente, e mesmo isso falha (EPS2), a maior parte dos utentes não tomam a medicação à mesma hora, até mesmo os antibióticos eles falham [...] acho que também sou culpado, pois incentivo a ingesta regular, mas não no mesmo horário (EPS3), da minha experiência de há mais de 20 anos, as pessoas não tomam a medicação diariamente, por isso muito menos à mesma hora [...] são poucos os médicos e enfermeiros que frisam esse assunto [...] eu já estou realizado se tomarem a medicação todos os dias (EPS4) e a maior parte dos nossos utentes não tomam a medicação diariamente, é por isso que quando vêm à consulta apresentam valores que não os deixam mentir (EPS6).*

De facto, gerir um regime medicamentoso vai muito além da ingesta diária, *gerir um regime medicamentoso não é apenas agarrar um comprimido, colocá-lo na boca e engolir com um copo de água, há mais para além disso (EPS6).* Há que conhecer os seus benefícios, os seus efeitos adversos, as possíveis interações medicamentosas, há que cumprir a dose certa, na hora certa.

A medicação administrada de forma incorreta e na dosagem errada pode conduzir a acontecimentos nefastos até mesmo à morte. A **segurança na terapia medicamentosa**, deve ser cumprida no sentido de minimizar erros, *acredito que hajam erro associados à medicação (EPS1) e os medicamentos curam, mas também podem levar a situações desfavoráveis e até mesmo à morte (EPS1).*

Na categoria **Estratégias Promotoras da Adesão à Medicação** é consensual que se deve intervir no sentido de minimizar os efeitos da não adesão à medicação na população idosa com diagnóstico médico de Diabetes, *a maior parte dos clínicos reconhece o problema da fraca adesão à medicação, porém pouca coisa é feita de forma sistemática para contrariar esta tendência* (EPS5), *deve existir consulta conjunta com o médico, pois estaríamos a trabalhar em equipa, em prol do utente* (EPS2), *uma abordagem conjunta com o médico* (EPS4) e *uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e os utentes [...] questionamento aos utentes sobre as suas crenças e motivações, e o utente deve poder decidir, deve ser um agente ativo e não um mero cumpridor do regime medicamentoso* (EPS1). Esta categoria incorpora as subcategorias **intervenções comportamentais** e **intervenções educacionais**.

As **Intervenções comportamentais**, pressupõem uma mudança de comportamento aquando da prestação de cuidados à pessoa com doença crónica e a necessidade em aderir a medicação para o resto da sua vida. *A promoção da adesão à medicação é um problema complexo que requer uma resolução multiprofissional [...] os médicos e enfermeiros deviam trabalhar estas questões em conjunto, para tal devia existir uma consulta de enfermagem específica para explorar a questão da gestão medicamentosa* (EPS6). As visitas domiciliárias são úteis para a promoção da gestão medicamentosa *visitas domiciliárias iriam permitir uma observação in loco de como a pessoa gere o seu regime medicamentoso* (EPS1), *as visitas domiciliárias [...] pois é no meio onde residem que podemos diagnosticar problemas e assim propor estratégias de atuação* (EPS2), *visitas domiciliárias* (EPS3) e *os enfermeiros encontram-se mais próximos da população [...] acreditam que eles são a peça chave nesta temática, através de visitas domiciliárias, contactos telefónicos* (EPS5), *as chamadas telefónicas com o intuito de diminuir o distanciamento geográfico entre o centro de saúde e a casa dos utentes são salientadas, contactos telefónicos* (EPS1, EPS3) e *estabelecimento de mais contactos telefónicos pois assim as pessoas sentir-se-iam mais apoiadas nas suas casas* (EPS2) e considerada relevante uma maior disponibilidade nas consultas de enfermagem por apenas uma pessoa entrevistada *mais tempo nas consultas de enfermagem* (EPS2). Nesse seguimento, também foi feita referência à importância do papel do enfermeiro na preparação da medicação *auxílio na preparação da medicação semanal* (EPS3).



A simplificação do regime medicamentoso, *redução do número de medicamentos* (EPS3), *assumindo a culpa, considero que por vezes ao prescrever devia ter mais atenção ao número de comprimidos que aquela pessoa terá que fazer diariamente [...]* *devíamos simplificar os regimes terapêuticos* (EPS5) e *diminuição do número de medicamentos* (EPS6) e o respeito pelo papel ativo do utente na decisão do seu processo terapêutico *o utente deve ser envolvido no processo de prescrição de um medicamento [...]* *o médico e os enfermeiros, deveriam apresentar várias escolhas e assim o utente sentir-se-ia responsável em cumprir o plano* (EPS4), são estratégias que podem ser desenvolvidas no seio da intervenção comportamental.

As **intervenções educacionais** passam por *aconselhamento mais efetivo e eficaz, através de administração de informação oral e escrita* (EPS1), *entrega de folhetos informativos* (EPS3) e *entrega de folhetos e realização de ensinios* (EPS5).

Neste contexto, foi desenvolvida uma **Intervenção complexa para a promoção da adesão medicamentosa na pessoa idosa com Diabetes** que engloba intervenções educacionais e comportamentais, bem como as orientações da *American Medical Association*. A intervenção desenvolvida foi denominada por **5impleAdhere**, pois tem potencial de atuação ao nível das cinco dimensões da adesão. As intervenções educacionais visam a promoção do conhecimento acerca da doença e terapêutica, enquanto que, as comportamentais pretendem auxiliar a pessoa na adequação do seu plano medicamentoso ao seu estilo de vida. Neste contexto, foram definidas sete “sub-intervenções”, que devem ser realizadas em conjunto com o intuito de promover a adesão à medicação:

**1) Considerar em primeira instância, que a gestão ineficaz da doença crónica é consequência da não adesão medicamentosa.**

- a) Questionamento sobre quais os medicamentos prescritos e quais o que ingere diariamente;
- b) Determinação da capacidade do doente para automedicar-se e gerir o seu regime medicamentoso;
- c) Explanação sobre as vantagens da adesão ao regime medicamentoso e as consequências da não adesão;
- d) Discussão sobre as dificuldades na gestão do regime medicamentoso;
- e) Identificação dos medicamentos sem prescrição médica que são ingeridos.

**2)Desenvolver e implementar uma política organizacional sistemática para questionar a pessoa sobre a gestão do regime medicamentoso.**

- a) Entrega prévia à consulta de um questionário ao doente, com o intuito de saber quais os hábitos, no que concerne ao regime medicamentoso, dificuldades e efeitos secundários sentidos;
- b) Articulação com o médico assistente para aferir qual o regime medicamentoso prescrito para aquela pessoa, sempre que necessário.

**3)Identificar os fatores preditores da não adesão ao regime medicamentoso prescrito.**

- a) Identificação das causas da não adesão (medo, custo, mal-entendidos, regime complexo, ausência de sintomas, preocupação, depressão, desconfiança, entre outros);
- b) Discussão sobre as preocupações de cariz financeiro, relativas ao regime medicamentoso;
- c) Gestão de expectativas em relação à eficácia da terapêutica.

**4)Criar uma consulta de enfermagem para capacitar o doente para uma gestão eficaz da medicação.**

- a) Promoção de um ambiente empático;
- b) Criação de um ambiente de aprendizagem sem distrações, relaxante e confortável;
- c) Promoção de momento de escuta ativa sem juízos de valor;
- d) Agradecimento por o doente ter partilhado o seu comportamento;
- e) Reforço positivo aos doentes;
- f) Identificação das necessidades de aprendizagem.

**5)Adaptar o agir do enfermeiro, na equipa multidisciplinar, atendendo à individualidade da pessoa doente.**

- a) Sempre que necessário, é realizada articulação com o médico assistente para alteração/reajuste do esquema medicamentoso;
- b) Avaliação da capacidade e recetividade do doente e família na adesão medicamentosa;
- c) Manutenção de expectativas realísticas.

**6) Responsabilizar a pessoa doente enquanto agente ativo na decisão terapêutica.**

- a) Disponibilização de horários alternativos e modalidades de automedicação para minimizar os efeitos adversos sobre o estilo de vida;
- b) Ensino ao doente para a auto-monitorização da doença (glicemia capilar, tensão arterial);
- c) Auxílio ao doente e família a realizar ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos;
- d) Envolvimento da família no processo educacional.

**7) Promover uma gestão eficaz do regime medicamentoso da pessoa com doença crónica.**

- a) Fornecimento ao doente de uma lista de recursos para contacto em caso de necessidade;
- b) Sempre que necessário, criação de memorandos adequados às necessidades de cada pessoa, como por exemplo:
  - i) Identificação das embalagens;
  - ii) Informação visual sobre a toma da medicação
  - iii) Caixas de contagem e distribuição de medicação;
  - iv) Alertas para a adesão a consultas e à medicação;
  - v) Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (contacto telefónico);
- c) Contacto telefónico ao doente e/ou a família, na 2<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semana após consulta de enfermagem, onde devem ser avaliadas as dúvidas e as dificuldades das pessoas relativamente ao esquema medicamentoso. A partir da 8<sup>a</sup> semana, o contacto telefónico deve ser ajustado de forma individual;
- d) Fornecimento ao doente e familiares de informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos conforme prescritos;
- e) Entrega do plano medicamentoso no final da consulta;
- f) Reforço pela melhoria da adesão medicamentosa.

## 4.2. FASE II

Na fase II, estudo observacional transversal, participaram 395 pessoas idosas, 176 pessoas inscritas na USF A e 219 pessoas referentes à USF B (Tabela 13), tendo sido esse o nosso universo.

Tabela 13. Distribuição da amostra por USF.

	Frequência	Porcentagem
USF A	176	44.6%
USF B	219	55.4%
<b>Total amostral</b>	<b>395</b>	<b>100%</b>

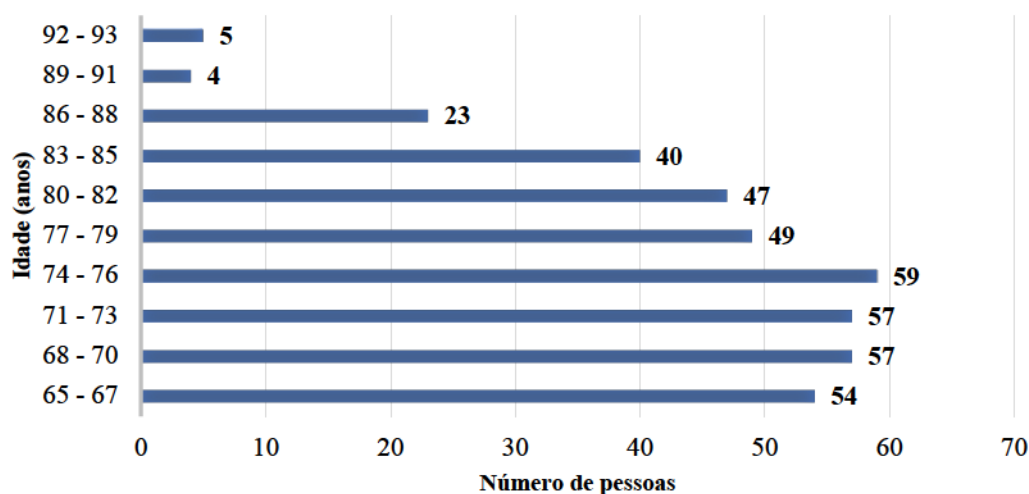
Na análise apresentada, além das variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, gênero, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias), incluiu-se também a análise de biometrias (IMC, pressão arterial, frequência cardíaca, perímetro abdominal, HbA1C, glicemia capilar e risco de pé diabético) e ainda a avaliação do ICM.

A amostra é composta por pessoas com 65 ou mais anos de idade, com uma média de 76, mediana de 75, desvio padrão de 6.75 e máximo de 93 anos de idade. Constata-se também que, 119 pessoas (30.13%) têm 80 e mais anos, 209 (52.9%) são mulheres e 186 (47.1%) são homens (Tabela 14). No que concerne à distribuição das idades verifica-se que a maior percentagem de idosos tem entre 65 e 85 anos de idade, com um acentuado decréscimo a partir dos 86 anos inclusive (Gráfico 1).

Tabela 14. Distribuição da amostra por gênero e classes de idade.

	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
65-79 anos	150 (37.97%)	126 (31.90%)	276 (69.87%)
>=80 anos	59 (14.94%)	60 (15.19%)	119 (30.13%)
<b>Total amostral</b>	<b>209 (52.91%)</b>	<b>186 (47.09%)</b>	<b>395</b>

Gráfico 1. Distribuição das pessoas idosas por idades.



Das 209 mulheres, 95 pertencem à USF A e que 114 à USF B. Por sua vez, no que concerne à população masculina, 81 homens estão inscritos na USF A e 105 são acompanhados na USF B (Tabela 15). Contudo, pretendeu-se verificar se existe associação entre a USF e o género, tendo-se verificado a não associação com o valor de *Qui-quadrado* de .145 com um *p-value* de .704, sendo possível afirmar que a amostra é homogénea no que diz respeito ao género.

Tabela 15. Distribuição da amostra por género e por USF.

	Género		Total
	Feminino	Masculino	
USF A	95 (53.98%)	81 (46.02%)	176
USF B	114 (52.05%)	105 (47.95%)	219
<b>Total amostral</b>	<b>209 (52.9%)</b>	<b>186 (47.1%)</b>	<b>395</b>

Relativamente à situação laboral, todas as pessoas se encontram reformadas, sendo que nenhuma referiu encontrar-se no exercício de uma atividade remunerada permanente, apesar de 16 pessoas terem mencionado que, por vezes, recorriam a trabalhos temporários por necessidades económicas.



As pessoas são maioritariamente, casadas (65.32%) e, em seguida, viúvas (18.73%). A minoria das pessoas são solteiras (1.27%) (Tabela 16). Os dados obtidos, relativamente ao estado civil são semelhantes em ambas unidades familiares (Tabela 17).

Tabela 16. Distribuição da amostra por género e estado civil.

		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Estado Civil	Solteiro(a)	2 (.51%)	3 (.76%)	5 (1.27%)
	Casado(a)	135 (34.18%)	123 (31.14%)	258 (65.32%)
	Divorciado(a)	31 (7.85%)	27 (6.84%)	58 (14.68%)
	Viúvo(a)	41 (10.38%)	33 (8.35%)	74 (18.73%)
Total amostral		209 (52.91%)	186 (47.09%)	395

Tabela 17. Caracterização da amostra no que concerne ao estado civil e USF.

	Estado Civil				Total
	Solteiro(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	
USF A	1 (.57%)	114 (64.77%)	28 (15.91%)	33 (18.75%)	176 (100%)
USF B	4 (1.83%)	144 (65.75%)	30 (13.70%)	41 (18.72%)	219 (100%)
Total amostral	5 (1.27%)	258 (65.32%)	58 (14.68%)	74 (18.73%)	395 (100%)

Quanto à composição do agregado familiar, a maioria das pessoas reside com o cônjuge (60%), seguindo-se as pessoas que residem sozinhas (25.57%) (Tabela 18). Verifica-se que os dados colhidos no que respeita à composição do agregado familiar são semelhantes em ambas as unidades familiares, excetuando-se a percentagem de pessoas que residem com cônjuge e filhos(as) e as pessoas que residem apenas com os(as) filhos(as) (Tabela 19).

No que diz respeito aos anos de diagnóstico da doença verificou-se que a média é de 7.7 anos, mediana de 7, com um desvio padrão de 4.28, mínimo de 1 e máximo de 21 anos. Constatou-se ainda que 42.78% conhece o diagnóstico médico há menos de 7 anos, sendo que apenas 2.28% das pessoas conhece há mais de 19 anos (Tabela 20).

Tabela 18. Distribuição da amostra por gênero e agregado familiar.

		Gênero		Total
		Feminino	Masculino	
Agregado Familiar	Sozinho(a)	57 (14.43%)	44 (11.14%)	101 (25.57%)
	Cônjuge	114 (28.86%)	123 (31.14%)	237 (60%)
	Cônjuge e filhos(as)	22 (5.67%)	9 (2.28%)	31 (7.85%)
	Filhos(as)	16 (4.05%)	10 (2.53%)	26 (6.58%)
Total amostral		209 (52.91%)	186 (47.09%)	395

Tabela 19. Caracterização da amostra no que concerne ao agregado familiar e USF.

	Agregado Familiar				Total
	Sozinho(a)	Cônjuge	Cônjuge e Filhos(as)	Filhos(as)	
USF A	43 (24.43%)	110 (62.5%)	10 (5.68%)	13 (7.39%)	176 (100%)
USF B	58 (26.48%)	127 (57.99%)	21 (7.22%)	13 (5.94%)	219 (100%)
Total amostral	101 (25.56%)	237 (60%)	31 (7.84%)	26 (6.58%)	395 (100%)

Tabela 20. Distribuição da amostra por anos de diagnóstico.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
1 a 3 anos	59	14.94%	14.94%
4 a 6 anos	110	27.85%	42.78%
7 a 9 anos	123	31.14%	73.92%
10 a 12 anos	44	11.14%	85.06%
13 a 15 anos	34	8.61%	93.67%
16 a 18 anos	16	4.05%	97.72%
19 e 21 anos	9	2.28%	100%
Total amostral	395	100%	

Das pessoas idosas inquiridas, 17 (4.3%) não tem qualquer nível de escolaridade e 102 (25.82%) sabem ler e escrever. O 1º, 2º e 3º ciclo somam 227 pessoas, o que totaliza 57.47% da amostra. Por sua vez, 25 pessoas (6.33%) referiram ter concluído o ensino secundário e 24 pessoas (6.08%) possuem estudos universitários (Tabela 21).

Tabela 21. Caracterização da amostra no que concerne às habilitações literárias.

	Habilitações Literárias						
	<i>Não sabe ler nem escrever</i>	<i>Sabe ler e escrever</i>	<i>1º ciclo</i>	<i>2º ciclo</i>	<i>3º ciclo</i>	<i>Ensino secundário</i>	<i>Ensino universitário</i>
USF A	8 (4.55%)	51 (28.98%)	53 (30.11%)	28 (15.91%)	18 (10.23%)	9 (5.11%)	9 (5.11%)
USF B	9 (4.11%)	51 (23.29%)	57 (26.03%)	44 (20.09%)	27 (12.33%)	16 (7.31%)	15 (6.85%)
<b>Total amostral</b>	<b>17 (4.30%)</b>	<b>102 (25.82%)</b>	<b>110 (27.85%)</b>	<b>72 (18.23%)</b>	<b>45 (11.39%)</b>	<b>25 (6.33%)</b>	<b>24 (6.08%)</b>

Com o intuito de estimar a confiabilidade do ICM calculou-se o seu alfa de *Cronbach* (0.814), tendo demonstrado que o instrumento apresenta boa fiabilidade e consistência interna. O ICM contempla também o cálculo do número total de medicamentos prescritos para ingestão diária. Procurou-se aferir a existência de correlação entre o ICM e o número de medicamentos prescritos e verificou-se uma correlação positiva elevada e estatisticamente significativa ( $r = .897$ ;  $p\text{-value} < .001$ ). Assim, quanto mais medicamentos prescritos, maior será a complexidade do regime medicamentoso. O ICM mostrou correlação positiva com o género ( $r = .196$ ;  $p\text{-value} = 0.01$ ) em que o ICM é mais elevado no género masculino. No que concerne à idade das pessoas, não se obteve uma correlação significativa ( $p\text{-value} = .534$ ).

Ainda relativamente ao ICM por USF verifica-se na USF B uma média de 15.76, com um desvio padrão de 6.93, um mínimo de 5 e um máximo de 32. Por sua vez na USF A obteve-se uma média de 15.47, com um desvio padrão de 6.75 e mínimo e máximo iguais à outra USF (Tabela 22). Assumindo o teorema do limite central (dado que  $n > 30$ ), aplicou-se o teste de *t-student* para aferir se existem diferenças estatisticamente significativas entre os ICMs das duas USFs. O  $p\text{-value}$  no teste de Levene é de .727, logo assumiu-se a homogeneidade de variâncias nas populações alvo de onde resultaram as amostras. Apesar do valor do ICM ligeiramente superior na amostra da USF B, a diferença registada entre as duas USFs não é significativa de acordo com o teste *t-student* ( $t = -.416$ ;  $p\text{-value} = .677$ ).

Tabela 22. ICM e total de medicamentos prescritos da amostra e por USF.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>ICM</b>	<i>USF A</i>	176	15.47	14.5	6.75	5	32
	<i>USF B</i>	219	15.76	15	6.93	5	32
	<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>15.63</b>	<b>15</b>	<b>6.84</b>	<b>5</b>	<b>32</b>
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>USF A</i>	176	5.28	5	1.83	2	9
	<i>USF B</i>	219	5.49	5	1.99	2	11
	<b>Total</b>	<b>395</b>	<b>5.4</b>	<b>5</b>	<b>1.92</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

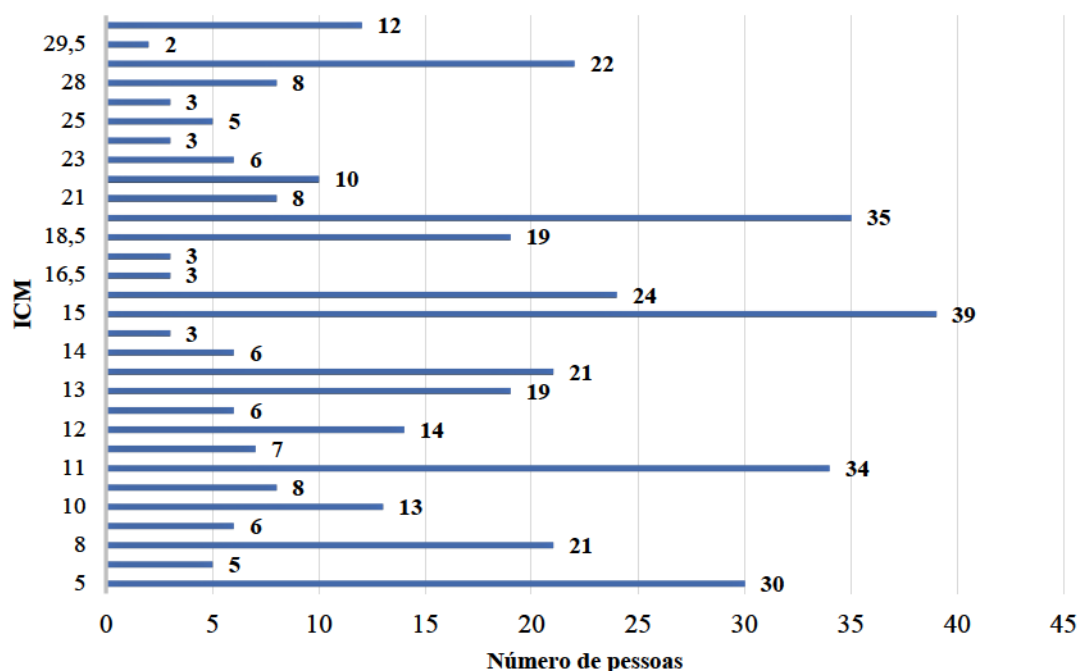
Por sua vez, ao analisar o ICM prescritos por gênero, verifica-se no gênero feminino uma média de 14.37, com um desvio padrão 5.59 e no gênero masculino uma média 17.05, com um desvio padrão de 7.8 (Tabela 23). Assumindo uma vez mais o teorema do limite central, aplicou-se o teste de *t-student* para aferir se existem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero feminino e masculino no que respeita ao ICM. O *p-value* no Teste de Levene é inferior a .05, logo não se assumiu a homogeneidade de variâncias nas populações alvo de onde resultaram as amostras. Verificou-se que o ICM é superior no gênero masculino, com tradução estatística (teste *t-student*, com valor  $t = 3.895$ ,  $p\text{-value} = .000$ ).

Tabela 23. ICM por gênero.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>ICM</b>	<i>Feminino</i>	209	14.37	14	5.59	5	32
	<i>Masculino</i>	186	17.05	15	7.80	5	32
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>Feminino</i>	209	5.18	5	1.78	2	11
	<i>Masculino</i>	186	5.65	6	2.06	2	11

É possível definir cinco grupos com maior concentração das pessoas idosas, sendo esses correspondentes ao ICM 5, 11, 15, 16 e 19, que totalizam 41.01% da amostra, contudo é de referir que 79 pessoas (20%) apresentam um grau de complexidade superior a 20 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição das pessoas idosas por ICM.



A tendência da maior complexidade medicamentosa associada ao gênero masculino é transversal às duas unidades de saúde, com médias e desvios padrão superiores. Outro dado interessante diz respeito ao número total de medicamentos prescritos para ingestão diária. Verifica-se que o total de medicamentos prescritos apresentam valores semelhantes entre as USFs e os gêneros, com uma ligeira tendência a maior número de medicamentos prescritos a favor da USF B, contudo, esta diferença não tem significado estatístico ( $t = .416$ ;  $p\text{-value} = .677$ ) (Tabela 24).

Procedeu-se, ainda, à análise do IMC, perímetro abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, HbA1C, glicemia capilar e risco de pé diabético.

As pessoas inquiridas apresentaram um IMC que varia 19.13 e 42.06, com uma média de 28.58 e desvio padrão de 4.45. Constatou-se que 87 pessoas (22.03%) apresentam peso normal, 170 (43.04%) pré-obesidade, 108 (27.34%) obesidade classe I, 19 (4.81%) obesidade classe II e 11(2.78%) obesidade classe III.



Tabela 24. ICM por USF e por género.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
USF A							
ICM	<i>Feminino</i>	95	14.06	13.5	5.02	5	32
	<i>Masculino</i>	81	17.13	15	8.05	5	32
Total de Medicamentos	<i>Feminino</i>	95	5.05	5	1.6	2	8
	<i>Masculino</i>	81	5.54	6	2.04	2	9
USF B							
ICM	<i>Feminino</i>	114	14.62	15	6.03	5	32
	<i>Masculino</i>	105	16.995	15	7.63	5	32
Total de Medicamentos	<i>Feminino</i>	114	5.28	5	1.92	2	11
	<i>Masculino</i>	105	5.72	6	2.05	2	11

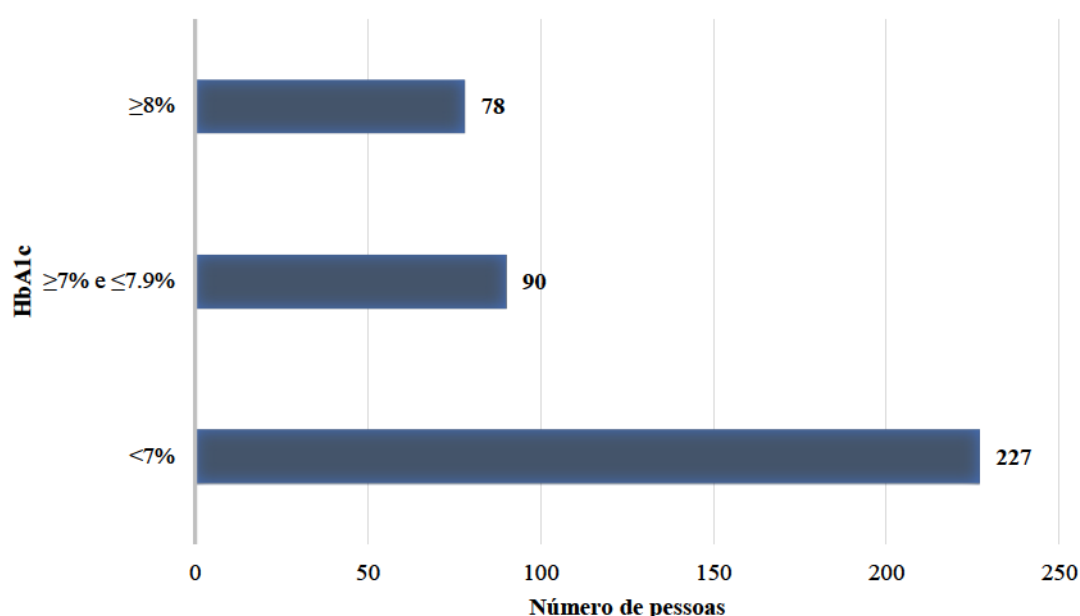
No que concerne ao perímetro abdominal obteve-se uma média de 97.75, com um desvio padrão de 10.24, com um mínimo de 68 e um máximo de 133. No género feminino apenas 13 pessoas (6.22%) apresentam um perímetro abdominal inferior a 80, sendo que 12 pessoas (5.74%) apresentam um risco aumentado de complicações metabólicas e 184 (88.04%) um risco muito aumentado. No género masculino o panorama é diferente; 56 pessoas (30.11%) apresentam o perímetro abdominal dentro dos valores de referência, 59 pessoas (31.72%) apresentam risco aumentado e 71 pessoas (38.17%) apresentam risco muito aumentado de complicações metabólicas.

Relativamente aos valores de pressão arterial, em particular a sistólica, obteve-se uma média de 137.33, com um desvio padrão de 17.9, verificou-se ainda, que 66 pessoas apresentam valores dentro do intervalo pretendido, 152 pessoas valores compatíveis com pré-hipertensão, 120 pessoas valores de hipertensão arterial estágio 1 e 47 pessoas valores de hipertensão arterial estágio 2. Em relação à diastólica, o cenário é diferente, com uma média de 70.65, um desvio padrão de 10.41, onde 313 pessoas apresentam valores normais, 65 pessoas valores de pré-hipertensão, 14 pessoas valores de hipertensão arterial estágio 1 e 3 pessoas valores de hipertensão estágio 2.

Para a frequência cardíaca obteve-se uma média de 75.75, com um desvio padrão de 13.76, um mínimo de 46 e um máximo de 118. Apenas 19 pessoas (4.81%) apresentavam valores de frequência cardíaca acima dos 100 bpm.

A média da HbA1C é de 7.09, com um desvio padrão de 1.14, um mínimo de 5.3 e um máximo de 12.4, 227 pessoas (57.47%) apresentam os valores de HbA1C abaixo de 7%, sendo que 90 pessoas têm os seus valores compreendidos entre 7% - 7.9% (22.78%) e que 78 pessoas apresentam valores superiores ou iguais a 8% (19.75%), das quais 21 pessoas têm os valores superiores a 9.5% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos valores de HbA1C pela amostra.



Relativamente à glicemia capilar obteve-se uma média de 181.13, com uma mediana de 166, um desvio padrão de 66.54, um mínimo de 83 e um máximo de 500.

Para o risco de pé diabético, a média obtida foi de 1.13, com um desvio padrão de .41, um mínimo de 1 e um máximo de 3, sendo que o nível 1 representa baixo risco, o nível 2 médio risco e o nível 3 alto risco de ulceração. Os dados demonstram ainda que 89.1% dos inquiridos apresentam baixo risco, 8.4% médio risco e 2.5% alto risco.

Para além de caracterizar da amostra na sua globalidade, pretendeu-se analisá-la por USF e aferir se existem diferenças estatisticamente significativas que possam de algum modo tornar-se um viés à terceira fase do presente estudo.

Ao proceder-se à análise dos parâmetros mencionados anteriormente, verifica-se que a média e desvio padrão entre as USF são semelhantes entre si, observando-se maior

diferença ao nível da pressão arterial sistólica e diastólica e glicemia capilar, com valores ligeiramente mais elevados na USF A (Tabela 25). É de referir que o valor máximo obtido pelo glicosímetro na avaliação da glicemia capilar, nas duas USFs, é de 500mg/dl. Contudo, é de salientar que o equipamento em uso no centro de saúde não consegue captar valores superiores a 500mg/dl.

Tabela 25. Biometrias da amostra e por USF.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>IMC</b>	USF A	28.55	28.40	4.53	19.56	42.06
	USF B	28.59	28.41	4.4	19.13	42.06
	<b>Total</b>	<b>28.58</b>	<b>28.4</b>	<b>4.45</b>	<b>19.13</b>	<b>42.06</b>
<b>Perímetro Abdominal</b>	USF A	97.33	98	9.28	70	116
	USF B	98.09	99	10.96	68	133
	<b>Total</b>	<b>97.75</b>	<b>99</b>	<b>10.24</b>	<b>68</b>	<b>133</b>
<b>Pressão Arterial Sistólica</b>	USF A	135.66	135	17.15	84	203
	USF B	138.67	137	18.52	84	203
	<b>Total</b>	<b>137.33</b>	<b>135</b>	<b>17.96</b>	<b>84</b>	<b>203</b>
<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	USF A	69.74	70	10.15	37	93
	USF B	71.37	71	10.58	37	100
	<b>Total</b>	<b>70.65</b>	<b>71</b>	<b>10.41</b>	<b>37</b>	<b>100</b>
<b>Frequência cardíaca</b>	USF A	76.56	75	14.67	46	118
	USF B	75.10	74	12.98	46	118
	<b>Total</b>	<b>75.75</b>	<b>75</b>	<b>13.76</b>	<b>46</b>	<b>118</b>
<b>HbA1C</b>	USF A	7.061	6.8	1.08	5.4	10.5
	USF B	7.11	6.8	1.18	5.3	12.4
	<b>Total</b>	<b>7.09</b>	<b>6.8</b>	<b>1.14</b>	<b>5.3</b>	<b>12.4</b>
<b>Glicemia Capilar</b>	USF A	178.77	161.5	64.55	84	500
	USF B	183	168	68.18	83	500
	<b>Total</b>	<b>181.13</b>	<b>166</b>	<b>66.54</b>	<b>83</b>	<b>500</b>
<b>Risco Pé Diabético</b>	USF A	1.14	1	.41	1	3
	USF B	1.13	1	.41	1	3
	<b>Total</b>	<b>1.13</b>	<b>1</b>	<b>.41</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Com o intuito de aferir se as diferenças observadas nas médias e desvios padrão entre as duas USFs são significativas e atendendo ao teorema de limite central, aplicou-se o teste de *t-student*. Como o *p-value* no teste de Levene para os diferentes pares é superior a .05 não se rejeita a homogeneidade das variâncias nos vários testes. Dos resultados apresentados verifica-se que apesar das diferenças observadas nas médias, estas não são significativas (*p-value* > .05) (Tabela 26).

Tabela 26. Comparação das diferenças por USF no que concerne às biometrias.

	<i>Teste de Levene</i>	<i>Teste T-Student</i>	
	p-value	t	p-value
<b>IMC (USF B – USF A)</b>	.901	.098	.922
<b>Perímetro Abdominal (USF B – USF A)</b>	.089	.722	.471
<b>Pressão Arterial Sistólica (USF B – USF A)</b>	.126	1.66	.098
<b>Pressão Arterial Diastólica (USF B – USF A)</b>	.506	1.55	.123
<b>Frequência cardíaca (USF A – USF B)</b>	.256	1.05	.296
<b>HbA1C (USF B – USF A)</b>	.534	.453	.651
<b>Glicemia Capilar (USF B – USF A)</b>	.190	.190	.529
<b>Risco Pé Diabético (USF A – USF B)</b>	.548	.548	.732

#### 4.3. FASE III

No estudo III, ECR, a amostra em estudo foi constituída por 137 pessoas, com idades compreendidas entre 65 e 79 anos, e 62 pessoas com 80 ou mais anos de idade. Tem uma média de 76 anos, com um mínimo de 65 anos e um máximo de 93 anos e um desvio padrão de 6.58 anos; 53.77% de pessoas do género feminino e 46.23% do género masculino (Tabela 27). No que concerne à situação profissional, verificou-se que todas as pessoas que integram a amostra encontram-se reformadas.

Relativamente ao estado civil, 66.33% das pessoas da amostra são casadas e apenas 2.01% são solteiras. No que concerne às pessoas viúvas verificou-se uma maior percentagem no género feminino (15.08%) (Tabela 28).

Tabela 27. Distribuição da amostra por género e por classes de idade.

	Género		Total
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
65-79 anos	68 (34.17%)	69 (34.67%)	137 (68.84%)
>=80 anos	39 (19.60%)	23 (11.56%)	62 (31.16%)
<b>Total amostral</b>	<b>107 (53.77%)</b>	<b>92 (46.23%)</b>	<b>199 (100%)</b>

Tabela 28. Distribuição da amostra por género e por estado civil.

		Género		Total
		<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	1 (0.5%)	3 (1.51%)	4 (2.01%)
	Casado(a)	62 (31.16%)	70 (35.18%)	132 (66.33%)
	Divorciado(a)	14 (7.04%)	12 (6.03%)	26 (13.07%)
	Viúvo(a)	30 (15.08%)	7 (3.52%)	37 (18.59%)
<b>Total amostral</b>		<b>107 (53.77%)</b>	<b>92 (46.23%)</b>	<b>199 (100%)</b>

No que concerne ao agregado familiar, apurou-se que a maioria das pessoas idosas residem com o cônjuge (57.79%). Em oposição encontram-se as pessoas que residem apenas com o(s) filho(s) (5.53%) (Tabela 29).

Tabela 29. Distribuição da amostra por género e por agregado familiar.

		Género		Total
		<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
<b>Agregado Familiar</b>	Sozinho(a)	34 (17.09%)	19 (9.55%)	53 (26.63%)
	Cônjuge	56 (28.14%)	59 (29.65%)	115 (57.79%)
	Cônjuge e filhos(as)	9 (4.52%)	11 (5.53%)	20 (10.05%)
	Filhos(as)	8 (4.02%)	3 (1.51%)	11 (5.53%)
<b>Total amostral</b>		<b>107 (53.77%)</b>	<b>92 (46.23%)</b>	<b>199 (100%)</b>

Quanto aos anos de diagnóstico obteve-se uma média de 7.96 anos, uma mediana de 7, com um desvio padrão de 4.59, um mínimo de 1 e um máximo de 21 anos. Ainda sobre esta variável é possível afirmar que 71.9% da amostra têm até 9 anos de diagnóstico,



inclusive (Tabela 30). Os demais parâmetros analisados foram os anos de diagnóstico, dois grupos: até 7 anos de diagnóstico e 8 ou mais anos de diagnóstico. A escolha deste marco para definir os dois grupos é da responsabilidade da mediana. Através da análise da estatística descrita, é possível afirmar que 108 pessoas (54.3%) têm 7 ou menos anos de anos de diagnóstico e que 91 pessoas (45.7%) apresentam mais de 7 anos de diagnóstico. Relacionando os anos de diagnóstico com o gênero, demonstrou-se que a maior percentagem diz respeito às pessoas do gênero masculino com até 7 anos de diagnóstico (28.14%) e, a menor percentagem também diz respeito ao mesmo gênero, mas com mais de 7 anos de diagnóstico (18.09%) (Tabela 31).

Tabela 30. Distribuição da amostra por anos de diagnóstico.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
1 a 3 anos	31	15.6%	15.6%
4 a 6 anos	54	27.1%	42.7%
7 a 9 anos	58	29.2	71.9%
10 a 12 anos	19	9.5%	81.4%
13 a 15 anos	21	10.6	92%
16 a 18 anos	10	5%	97%
19 e 21 anos	6	3%	100%
<b>Total amostral</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>	

Tabela 31. Distribuição da amostra por gênero e por anos de diagnóstico.

		Anos de diagnóstico		Total
		<=7 anos	>7 anos	
<b>Gênero</b>	Feminino	52 (26.13%)	55 (27.64%)	<b>107 (53.77%)</b>
	Masculino	56 (28.14%)	36 (18.09%)	<b>92 (46.23%)</b>
<b>Total amostral</b>		<b>108 (54.27%)</b>	<b>91(45.73%)</b>	<b>199 (100%)</b>

Atendendo à finalidade da presente investigação foi imperativo a caracterização de cada USF *per si*. No que concerne à USF A, 44 pessoas (49.4%) são do gênero feminino, 45 pessoas (50.6%) são gênero masculino, 61.80% são casadas e 1 pessoa é solteira (1.12%) (Tabela 32). Na USF B, verificou-se que 63 pessoas (57.3%) são do gênero feminino e 47 pessoas (42.7%) do gênero masculino. Contudo, no que se refere ao

estado civil os cenários são semelhantes, apenas com uma menor percentagem nas pessoas divorciadas, 8.18% comparativamente aos 19.19% na USF A (Tabela 32).

Tabela 32. Caraterização da amostra no que concerne ao estado civil e USF.

	Estado Civil				<i>Total</i>
	<i>Solteiro(a)</i>	<i>Casado(a)</i>	<i>Divorciado(a)</i>	<i>Viuvo(a)</i>	
USF A	1 (1.12%)	55 (61.80%)	17 (19.10%)	16 (17.98%)	<b>89 (100%)</b>
USF B	3 (2.73%)	77 (70%)	9 (8.18%)	21 (19.09%)	<b>110 (100%)</b>
<b>Total amostral</b>	<b>4</b>	<b>132</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>199</b>

Relativamente ao nível de escolaridade por USF verificou-se que em ambos os grupos da investigação a maior percentagem diz respeito às pessoas com o 1º ciclo de estudo (23.6% na USF A e 25.5% na USF B), seguidamente das pessoas que sabem ler e escrever, com uma menor percentagem nas pessoas com ensino secundário e ensino universitário, com valores semelhantes entre si (Tabela 33).

Tabela 33. Caraterização da amostra no que concerne às habilitações literárias e USF.

	Habilitações Literárias						
	<i>Não sabe ler nem escrever</i>	<i>Sabe ler e escrever</i>	<i>1º ciclo</i>	<i>2º ciclo</i>	<i>3º ciclo</i>	<i>Ensino secund.</i>	<i>Ensino univ.</i>
USF A	5 (5.6%)	19 (21.3%)	21 (23.6%)	14 (15.7%)	13 (14.6%)	9 (10.1%)	8 (9%)
USF B	4 (3.6%)	26 (23.6%)	28 (25.5%)	25 (22.7%)	13 (11.8%)	7 (6.4%)	7 (6.4%)
<b>Total amostral</b>	<b>9 (4.52%)</b>	<b>45 (22.61%)</b>	<b>49 (24.62%)</b>	<b>39 (19.60%)</b>	<b>26 (13.07%)</b>	<b>16 (8.04%)</b>	<b>15 (7.54%)</b>

Analisando o agregado familiar por USF também se verifica um cenário similar com maior percentagem nas pessoas que vivem com o cônjuge em ambos os grupos contrariamente a uma menor percentagem das pessoas que vivem apenas com os filhos, porém na USF A apenas uma pessoa residia apenas com o(a) filho(a), contrariamente à USF B com uma proporção de 1 pessoa para 10 pessoas (Tabela 34).

Tabela 34. Caracterização da amostra no que concerne ao Agregado Familiar e USF.

	Agregado Familiar				Total
	<i>Sozinho(a)</i>	<i>Cônjuge</i>	<i>Cônjuge e Filhos(as)</i>	<i>Filhos(as)</i>	
USF A	29 (32.6%)	51 (57.3%)	8 (9.0%)	1 (1.1%)	<b>89 (100%)</b>
USF B	24 (21.8%)	64 (58.2%)	12 (10.9%)	10 (9.1%)	<b>110 (100%)</b>
<b>Total amostral</b>	<b>53 (26.63%)</b>	<b>115 (57.79%)</b>	<b>20 (10.05%)</b>	<b>11 (5.53%)</b>	<b>199 (100%)</b>

À semelhança com o sucedido na fase II, a complexidade medicamentosa foi avaliada com recurso ao ICM. Este instrumento apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.821, com uma média amostral de 15.74 (desvio padrão = 6.89; mediana = 15, mínimo = 5 e máximo = 32). Foi ainda possível referir, que em média as pessoas tomam 5.5 medicamentos por dia, com um desvio padrão de 1.995, uma mediana de 6, mínimo de 2 e um máximo de 11. O cenário observado nas USFs foi semelhante ao descrito anteriormente, com médias e desvios padrão semelhantes (Tabela 35).

Tabela 35. ICM e total de medicamentos prescritos por USF.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
ICM	<i>USF A</i>	89	15.75	15	7.14	5	32
	<i>USF B</i>	110	15.72	15	6.71	5	32
	<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>15.74</b>	<b>15</b>	<b>6.89</b>	<b>5</b>	<b>32</b>
Total de Medicamentos	<i>USF A</i>	89	5.51	6	2.04	2	11
	<i>USF B</i>	110	5.5	6	1.97	2	11
	<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>5.50</b>	<b>6</b>	<b>2.00</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Procurou-se ainda, aferir a existência de correlação entre o ICM e o número de medicamentos prescritos e verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r = 0.89$ ;  $p < 0.01$ ). Assim, quanto maior for o número de medicamentos prescritos, maior é a complexidade do regime medicamentoso.

Ainda no que diz respeito ao ICM e ao total de medicamentos prescritos atendendo ao género em cada USF, verificou-se que os cenários não divergem, pois apresentam médias, medianas, desvios padrão, mínimos e máximos semelhantes entre si, o que

representa a homogeneidade amostral no que se refere ao ICM por género e por USF (Tabela 36).

Tabela 36. ICM por USF e por género.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>USF A</b>							
<b>ICM</b>	<i>Feminino</i>	44	15.99	14	7.32	5	32
	<i>Masculino</i>	45	15.52	15	7.03	5	32
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>Feminino</i>	44	5.59	6	2.05	2	11
	<i>Masculino</i>	45	5.42	5	2.05	2	9
<b>USF B</b>							
<b>ICM</b>	<i>Feminino</i>	63	15.476	15	6.76	5	32
	<i>Masculino</i>	47	16.053	15	6.71	5	29.5
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>Feminino</i>	63	5.3	5	1.954	2	9
	<i>Masculino</i>	47	5.72	6	2.008	2	11

Quanto ao ICM e ao total de medicamentos prescritos atendendo às classes de idades em cada USF, verificou-se que os cenários são semelhantes, pois apresentam médias, medianas e desvios padrão semelhantes entre si (Tabela 37). Procurou-se averiguar a existência de associação entre o ICM e a idade ( $p\text{-value} = .72$ ) e o género ( $p\text{-value} = .91$ ), tendo-se constatado que não existe relação.

Relativamente à taxa de adesão aos medicamentos, esta foi calculada através da escala MMAS-8-Itens de Morisk. Este instrumento é composto por 8 itens que visam analisar o comportamento das pessoas quanto à sua adesão à medicação, através de cinco facetas sobre o comportamento das pessoas idosas, sendo que quanto maior for a pontuação maior será a adesão, depois da reconversão da escala conforme indicação do autor. A adesão da amostra total apresenta a média de 4.15, com um desvio padrão de 2.24, um mínimo de 0 e um máximo de 8 (Tabela 38). Entre a primeira e a segunda avaliação verifica-se um aumento da média e diminuição do desvio padrão. Estes achados são ainda corroborados pela análise aos percentis. Assim, no percentil 10 e no percentil 20 há um aumento de cerca de 2 pontos, do percentil 30 ao percentil 60 há um aumento aproximado de 1 ponto. Como tal verifica-se uma melhoria descritiva clara (Tabela 38).

Tabela 37. ICM por USF e por classes de idades.

		N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>USF A</b>							
<b>ICM</b>	<i>65-79 anos</i>	65	15.53	15	7.03	5	32
	<i>&gt;=80 anos</i>	24	16.35	15	7.53	5	32
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>65-79 anos</i>	65	5.48	5	2.05	2	11
	<i>&gt;=80 anos</i>	24	5.58	6	2.06	2	9
<b>USF B</b>							
<b>ICM</b>	<i>65-79 anos</i>	72	15.77	15	7.37	5	32
	<i>&gt;=80 anos</i>	38	15.63	15	5.33	8	29
<b>Total de Medicamentos</b>	<i>65-79 anos</i>	72	5.46	6	2.08	2	11
	<i>&gt;=80 anos</i>	38	5.61	5	1.67	3	9

Tabela 38. Comparação da adesão ao regime medicamentoso nos dois momentos de avaliação.

<i>N=199</i>	Média (Mediana)	Desvio Padrão	Min. (Máx.)	P10	P20	P30	P40	P60	P70	P80
<b>MMAS-8 1ª Avaliação</b>	4.15 (4.75)	2.24	0 (8)	0.25	1.5	3.5	3.75	4.75	5.75	5.75
<b>MMAS-8 2ª Avaliação</b>	5.23 (5.75)	1.72	0 (8)	2.75	3.75	4.75	4.75	5.75	6	6.75

No que concerne à taxa de adesão ao regime medicamentoso por género verifica-se médias e desvios padrão similares por avaliação (Tabela 39). Estatisticamente pode-se afirmar que as diferenças observadas entre os géneros em cada avaliação não são estatisticamente significativas, apresentando  $p\text{-value} = .837$  para a 1ª avaliação e um  $p\text{-value} = .935$  na 2ª avaliação (teste de  $t$  para amostras independentes).

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso por classes de idade constatou-se médias e desvios padrão semelhantes por momentos de avaliação (Tabela 40). Após a aplicação do teste de  $t$  para amostras independentes pode-se afirmar que as diferenças observadas entre as classes de idade em cada avaliação não são estatisticamente significativas, apresentando um  $p\text{-value} = .47$  para a 1ª avaliação e um  $p\text{-value} = .531$  na 2ª avaliação.



Tabela 39. Adesão ao regime medicamentos por género.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>1ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	107	4.18	2.25
	<i>Masculino</i>	92	4.11	2.26
<b>2ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	107	5.24	1.71
	<i>Masculino</i>	92	5.22	1.75

Tabela 40. Adesão ao regime medicamentos por classes de idades.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>1ª Avaliação</b>	<i>65-79 anos</i>	137	4.07	2.28
	<i>&gt;=80 anos</i>	62	4.32	2.18
<b>2ª Avaliação</b>	<i>65-79 anos</i>	137	5.19	1.79
	<i>&gt;=80 anos</i>	62	5.34	1.58

Em relação à adesão ao regime medicamentoso por classes de anos de diagnóstico corroborou-se que as pessoas com mais de 7 anos de diagnóstico apresentam taxas médias de adesão à medicação superiores às pessoas com 7 ou menos anos de diagnóstico (Tabela 41). Após a aplicação do teste de *t* para amostras independentes constatou-se que as diferenças obtidas, na primeira avaliação não são estatisticamente significativa (*p-value* = .408), porém, na segunda avaliação existe uma diferença estatisticamente significativa (*t* = -3.08, *p-value* = .002), com uma taxa de adesão à medicação superior no grupo de pessoas com o diagnóstico há mais de 7 anos.

Tabela 41. Adesão ao regime medicamentos por classes de anos de diagnóstico.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>1ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	108	4.03	2.20
	<i>&gt;7 anos</i>	91	4.29	2.30
<b>2ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	108	4.90	1.84
	<i>&gt;7 anos</i>	91	5.63	1.50

Ainda sobre as classes de anos de diagnóstico, os dados obtidos permitem afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda

avaliação, em ambas as classes de anos de diagnóstico, porém com maior repercussão estatística no grupo das pessoas com mais de 7 anos de diagnóstico (Tabela 42).

Tabela 42. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por classes de anos de diagnóstico.

		Diferença das médias	$t$	$p$ -value
$\leq 7$ anos	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	.87	4.66	.000
$> 7$ anos	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	1.34	6.11	.000

Ao analisar as USFs por si, constatou-se que no momento inicial a USF A apresentava uma média de adesão inferior à da USF B, 3.26 e 4.87, respectivamente. Contudo, na segunda avaliação obteve-se um reverso nos cenários com a USF A com uma média de 5.97 e a USF B com uma média de 4.63 (Tabela 43).

Tabela 43. Comparação da adesão ao regime medicamentoso por USF nos dois momentos de avaliação.

	Média (Mediana)	Desvio Padrão	Min. (Máx.)	P10	P20	P30	P40	P60	P70	P80
<b>MMAS-8 - 1ª Avaliação</b>										
<b>USF A</b>	3.26 (3.75)	2.41	0 (8)	0.25	0.25	1.5	2.5	3.75	4.75	5.75
<b>USF B</b>	<b>4.87 (4.75)</b>	1.82	0 (8)	2.5	3.5	4.5	4.75	5.75	5.75	6.75
<b>MMAS-8 - 2ª Avaliação</b>										
<b>USF A</b>	<b>5.97 (5.75)</b>	1.10	3.25 (8)	4.5	4.75	5.75	5.75	6	6.75	6.75
<b>USF B</b>	4.63 (4.75)	1.90	0 (8)	1.5	3.5	3.75	4.5	5.75	5.75	6

Com o intuito de aferir se as diferenças obtidas entre a primeira e a segunda avaliação são significativas aplicou-se o teste de  $t$  para amostras emparelhadas, tendo presente o teorema do limite central (dado que  $n > 30$ ). Assim, constatou-se que na USF A se obteve uma diferença estatisticamente significativa entre as duas avaliações ( $t = -13.28$ ,  $p$ -value  $< 0.01$ ). Na USF B, verificou-se uma diminuição da taxa de adesão à medicação na segunda avaliação, tendo-se aplicado o mesmo teste constatou-se uma redução significativa da taxa ( $t = -3.46$ ,  $p$ -value  $< 0.01$ ) (Tabela 44).

Tabela 44. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF.

		Diferença das médias	$t$	$p$ -value
<b>USF A</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.71	13.28	.000
<b>USF B</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.23	-3.46	.001

No que respeita à taxa de adesão medicamentosa por USF e por género, verificou-se na USF A, em ambos os momentos de avaliação, uma discreta tendência para taxas de adesão medicamentosa superiores no género masculino. Por sua vez na USF B, constatou-se o contrário (Tabela 45).

Tabela 45. Adesão ao regime medicamentos por USF e por género.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>USF A</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	44	2.95	2.24
	<i>Masculino</i>	45	3.57	2.55
<b>2ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	44	5.90	.99
	<i>Masculino</i>	45	6.05	1.2
<b>USF B</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	63	5.04	1.82
	<i>Masculino</i>	47	4.63	1.81
<b>2ª Avaliação</b>	<i>Feminino</i>	63	4.79	1.96
	<i>Masculino</i>	47	4.43	1.83

Através do teste de  $t$  para amostras emparelhadas, comprovou-se que na USF A, independentemente do género, houve um aumento estatisticamente significativo na taxa de adesão à medicação prescrita nos dois momentos de avaliação. Na USF B, constatou-se, em ambos os géneros, uma diminuição da taxa de adesão medicamentosa, embora esta diminuição tenha sido significativa apenas no género feminino (Tabela 46).

Tabela 46. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por género.

		Diferença das médias	$t$	$p$ -value
<b>USF A</b>				
<b>Feminino</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.95	10.24	.000
<b>Masculino</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.48	8.59	.000
<b>USF B</b>				
<b>Feminino</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.25	-3.24	.002
<b>Masculino</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.20	-1.73	.091

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso por classe de idade por USF verificou-se que em ambas as USFs os valores de médias e desvios padrão na primeira avaliação são semelhantes entre si (Tabela 47). Na USF A, na segunda avaliação, obteve-se taxas de adesão à medicação superiores, com taxa de adesão superior no grupo dos mais idosos, porém sem significado estatístico ( $p$ -value = .148, através do teste  $t$  para amostras independentes).

Tabela 47. Adesão ao regime medicamentos por classes de idades por USF.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>USF A</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	65-79 anos	65	3.28	2.39
	>=80 anos	24	3.22	2.50
<b>2ª Avaliação</b>	65-79 anos	65	5.88	1.12
	>=80 anos	24	6.24	1.00
<b>USF B</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	65-79 anos	72	4.79	1.91
	>=80 anos	38	5.01	1.63
<b>2ª Avaliação</b>	65-79 anos	72	4.56	2.04
	>=80 anos	38	4.78	1.63

O resultado do teste de  $t$  para amostras emparelhadas permitiu ainda afirmar que na USF A, houve um aumento estatisticamente significativo na taxa de adesão à medicação prescrita, tanto nas pessoas idosas como nas mais idosas. Na USF B, constatou-se, uma

diminuição da taxa de adesão medicamentosa, embora esta diminuição tenha sido significativa apenas no grupo das pessoas idosas (Tabela 48).

Tabela 48. Teste *t* para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por classes de idades.

		Diferença das médias	<i>t</i>	<i>p-value</i>
<b>USF A</b>				
<b>65-79 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.6	11.52	.000
<b>&gt;=80 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	3.02	6.71	.000
<b>USF B</b>				
<b>65-79 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.23	-2.8	.007
<b>&gt;=80 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.23	-2.02	.051

No que respeita à taxa adesão ao regime medicamentoso por classes de anos de diagnóstico obteve-se médias e desvios padrão semelhantes nas duas avaliações (Tabela 49). Foi ainda possível referir que, na primeira avaliação, a USF B apresentava valores de média superiores e valores de desvio padrão inferiores.

Tabela 49. Adesão ao regime medicamentos por classes de anos de diagnóstico por USF.

		N	Média	Desvio Padrão
<b>USF A</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	41	3.04	2.33
	<i>&gt;7 anos</i>	48	3.46	2.48
<b>2ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	41	5.76	1.06
	<i>&gt;7 anos</i>	48	6.16	1.11
<b>USF B</b>				
<b>1ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	67	4.63	1.89
	<i>&gt;7 anos</i>	43	5.23	1.65
<b>2ª Avaliação</b>	<i>&lt;=7 anos</i>	67	4.37	2.00
	<i>&gt;7 anos</i>	43	5.05	1.66



Após a aplicação do teste de  $t$  para amostras emparelhadas comprovou-se que as diferenças observadas entre as classes de anos de diagnóstico em cada avaliação são estatisticamente significativas, excetuando a USF B para o grupo de pessoas com mais de 7 anos de diagnóstico ( $p\text{-value} = .073$ ) (Tabela 50).

Tabela 50. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne à adesão medicamentosa por USF e por classes de anos de diagnóstico.

		Diferença das médias	$t$	$p\text{-value}$
<b>USF A</b>				
<b>&lt;=7 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.76	9.47	.000
<b>&gt;7 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	2.70	9.28	.000
<b>USF B</b>				
<b>&lt;=7 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.27	-2.93	.005
<b>&gt;7 anos</b>	MMAS 2ª Avaliação – MMAS 1ª Avaliação	-.17	-1.84	.073

Analizou-se ainda a adesão medicamentosa por USF e por nível de escolaridade, com a obtenção de diferenças ao nível das médias em ambos os momentos de avaliação. Na primeira avaliação constatou-se médias superiores e desvios padrão inferiores na USF B, contudo, na segunda avaliação a USF A apresentou médias superiores e desvios padrão inferiores (Tabela 51).

Estudou-se a existência de correlação entre a taxa de adesão à medicação e o ICM. Assim, na primeira avaliação, verificou-se uma correlação negativa entre a taxa de adesão à medicação e o ICM ( $r = -.16$ ,  $p\text{-value} < .05$ ), ou seja, quanto maior a taxa de adesão à medicação, menor será o ICM. Contudo, no segundo momento de avaliação, após a implementação da intervenção de enfermagem, verificou-se não existir correlação entre a taxa de adesão e o ICM ( $r = -.066$ ,  $p\text{-value} = 3.57$ ) (Tabela 52).

Tabela 51. Adesão ao regime medicamentos por USF e por habilitações literárias.

		Habilitações Literárias						
		<i>Não sabe ler nem escrever</i>	<i>Sabe ler e escrever</i>	<i>1º ciclo</i>	<i>2º ciclo</i>	<i>3º ciclo</i>	<i>Ensino secundário</i>	<i>Ensino universitário</i>
MMAS-8 – 1ª Avaliação	<i>USF A (M; DP)</i>	2.9; 2.55	2.99; 2.24	3.36; 2.51	2.73; 2.06	4.46; 2.74	3.39; 2.61	2.75; 2.45
	<i>USF B (M; DP)</i>	5.5; 1.14	4.75; 1.57	4.49; 2.24	4.64; 1.95	5.23; 1.58	5.79; 0.97	5.64; 1.48
	<i>Total (M; DP)</i>	4.06; 2.37	4.01; 2.06	4.01; 2.41	3.96; 2.17	4.85; 2.22	4.44; 2.35	4.1; 2.48
MMAS-8 – 2ª Avaliação	<i>USF A (M; DP)</i>	5.75; 0.18	6.28; 0.98	5.81; 1.15	5.79; 0.79	6.6; 1.02	5.86; 1.42	5.28; 1.37
	<i>USF B (M; DP)</i>	4.94; 1.07	4.49; 1.67	4.15; 2.23	4.51; 2.2	5.13; 1.47	5.46; 1.13	5.61; 1.58
	<i>Total (M; DP)</i>	5.39; 0.79	5.24; 1.66	4.86; 2.01	4.97; 1.92	5.87; 1.45	5.69; 1.28	5.43; 1.43

Tabela 52. Correlação entre taxa de adesão à medicação e ICM.

		Índice de Complexidade Medicamentosa
Taxa de Adesão à Medicação (1ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.155*
	Sig. (2 extremidades)	.020
	N	199
Taxa de Adesão à Medicação (2ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.066
	Sig. (2 extremidades)	3.57
	N	199

Pela ausência de correlação entre a taxa de adesão e o ICM no segundo momento de avaliação, foi imperativo analisar a correlação entre a taxa de adesão medicamentosa e o ICM por USF e por momento de avaliação (antes e após a intervenção a ser testada). Verificou-se, assim, que na USF A, no momento inicial, existia uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a adesão à medicação e o ICM ( $r = -.25$ ,  $p\text{-value} < .05$ ), contudo após a intervenção de enfermagem não se observou correlação ( $r = 0.14$ ,  $p\text{-value} = .896$ ) (Tabela 53). No que concerne à USF B, não se observou correlação entre estes dois parâmetros em nenhum momento de avaliação (Tabela 53).

Tabela 53. Correlação entre taxa de adesão à medicação e ICM por USF.

			Índice de Complexidade Medicamentosa
USF A	<i>Taxa de Adesão à Medicação</i> (1ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.247
		Sig. (2 extremidades)	.020
		N	89
	<i>Taxa de Adesão à Medicação</i> (2ª Avaliação)	Correlação de Pearson	.014
		Sig. (2 extremidades)	.896
		N	89
USF B	<i>Taxa de Adesão à Medicação</i> (1ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.074
		Sig. (2 extremidades)	.442
		N	110
	<i>Taxa de Adesão à Medicação</i> (2ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.119
		Sig. (2 extremidades)	.215
		N	110

Outro indicador da investigação em curso foi a qualidade de vida do idoso, através da utilização de dois instrumentos: (1) WHOQoL-BREF e (2) WHOQoL-OLD. O WHOQoL-BREF que contempla 26 itens agrupados, sendo que duas questões são relativas à percepção geral da qualidade de vida (Q1) e à percepção geral de saúde (Q2). As restantes 24 questões estão agrupadas em 4 domínios diferentes. Assim sendo, o domínio físico é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18), o domínio psicológico é constituído por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26), o domínio das relações sociais é composto por 3 itens (Q20, Q21 e Q22) e, por último, o domínio do ambiente é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25).

O estudo de fiabilidade do instrumento foi realizado através da análise da consistência interna do WHOQoL-BREF, de acordo com as recomendações dos autores. Foram calculados os coeficientes de fidelidade para os domínios, para o conjunto de 26 perguntas e para os vários domínios individualmente (Tabela 54).

Da análise estatística descritiva efetuada à percepção da qualidade de vida, constatou-se que entre o momento final e o momento inicial obteve-se, médias superiores e desvios padrão inferiores em todos os domínios e na faceta geral, demonstrando um aumento da qualidade de vida (Tabela 55).

Tabela 54. WHOQOL-BREF: Coeficientes de *Cronbach* dos domínios, das 26 questões e dos 4 domínios estudados individualmente.

	<i>Alfa de Cronbach (validação)</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Número de Itens</i>
Domínios	<b>.79</b>	0.96	398	4
26 questões	<b>.92</b>	0.97	398	26
Domínio Físico	<b>.87</b>	0.64	398	7
Domínio Psicológico	<b>.84</b>	0.81	398	6
Domínio Relações sociais	<b>.64</b>	0.94	398	3
Domínio Ambiente	<b>.78</b>	0.98	398	8

Tabela 55. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Domínio Físico</b>	1ª Av.	55.92	50	21.06	3.57	92.86	46.42	67.86
	2ª Av.	<b>57.86</b>	53.57	<b>17.19</b>	14.29	96.43	46.43	71.43
<b>Domínio Psicológico</b>	1ª Av.	50.04	41.67	25.87	0	95.83	29.71	70.83
	2ª Av.	<b>53.85</b>	50	<b>20.90</b>	16.67	100	37.50	70.83
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	1ª Av.	50.71	50	24.86	0	91.67	25	75
	2ª Av.	<b>51.97</b>	50	<b>21.02</b>	0	91.67	33.33	75
<b>Domínio Ambiente</b>	1ª Av.	51.46	50	22.14	0	100	31.25	65.63
	2ª Av.	<b>55.45</b>	53.13	<b>17.61</b>	25	100	43.75	65.63
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	69.41	62.5	25.73	12.5	112.5	62.5	87.5
	2ª Av.	<b>74.69</b>	62.5	<b>22.77</b>	12.5	112.5	62.5	87.5

Analisando a qualidade de vida por USF, verificou-se que no momento inicial os valores das médias e dos desvios padrão de ambas as USFs eram semelhantes em si, pois atendendo ao teste de *t* para amostras independentes obteve-se em todos os domínios, incluindo na faceta geral um valor de *p-value* < .64 (Tabela 56).

No segundo momento de avaliação constatou-se que na USF A obteve-se médias superiores na faceta geral e em todos os domínios. Porém, no que diz respeito aos valores do desvio padrão, estes não sofreram grandes alterações (Tabela 57).

Tabela 56. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva por USF no momento inicial.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Domínio Físico</b>	USF A	55.86	53.57	21.07	3.57	92.86	48.21	67.86
	USF B	55.97	50	21.14	3.57	92.86	45.54	67.86
<b>Domínio Psicológico</b>	USF A	50.05	45.83	25.71	0	95.83	29.17	70.83
	USF B	50.04	41.67	26.11	0	95.83	29.17	70.83
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	USF A	50.66	50	24.04	0	91.67	29.17	75
	USF B	50.76	50	25.61	0	91.67	25	75
<b>Domínio Ambiente</b>	USF A	51.58	50	22.37	0	100	39.06	65.63
	USF B	51.36	50	22.37	0	100	28.13	65.63
<b>Faceta Geral</b>	USF A	69.80	62.5	25.55	12.5	112.5	62.5	87.5
	USF B	69.09	62.5	26.00	12.5	112.5	62.5	87.5

Tabela 57. WHOQOL-BREF: Estatística descritiva por USF no momento final.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Domínio Físico</b>	USF A	<b>59.87</b>	57.14	17.44	14.29	96.43	50	71.43
	USF B	56.23	53.57	<b>16.89</b>	21.43	92.86	46.43	67.86
<b>Domínio Psicológico</b>	USF A	<b>56.98</b>	50	<b>20.73</b>	25	100	41.67	70.83
	USF B	51.33	45.83	20.79	16.67	95.83	36.46	66.67
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	USF A	<b>55.06</b>	50	<b>20.09</b>	0	91.67	41.67	75
	USF B	49.47	50	21.51	16.67	91.67	33.33	66.67
<b>Domínio Ambiente</b>	USF A	<b>58.50</b>	53.13	17.47	25	100	46.88	71.88
	USF B	52.98	50	<b>17.42</b>	25	96.88	42.97	63.28
<b>Faceta Geral</b>	USF A	<b>80.90</b>	87.5	<b>21.74</b>	37.5	112.5	62.5	100
	USF B	69.66	62.5	22.43	12.5	112.5	62.5	87.5

Apesar das diferenças observadas nas médias a favor da USF A, aplicou-se o teste *t* de amostras independentes, e só foi possível comprovar que as diferenças eram estatisticamente significativas no domínio ambiente e na faceta geral, com *p-value* < .05 e *p-value* < .001, respetivamente (Tabela 58). No entanto, também se aplicou o teste de *t* para amostras emparelhadas para aferir se as diferenças observadas na USF A e na USF B nos dois momentos de avaliação são estatisticamente significativas, tendo-se constatado que as diferenças observadas nas médias entre o momento final e o momento



inicial na USF A são estatisticamente significativas, com  $p\text{-value} < .001$ . Porém, na USF B, as diferenças verificadas não têm significado estatístico (Tabela 59).

Tabela 58. Teste  $t$  para amostras independentes, no que concerne à qualidade de vida por USF.

	USF A	USF B	Diferença das médias	Teste $t$	$p\text{-value}$
<b>Domínio Físico</b>	59.87	56.23	3.64	1.45	.140
<b>Domínio Psicológico</b>	56.98	51.33	5.65	1.91	.058
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	55.06	49.47	5.59	1.89	.060
<b>Domínio Ambiente</b>	58.50	52.98	5.52	2.22	.028
<b>Faceta Geral</b>	80.90	69.66	11.24	3.58	.000

Tabela 59. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne à qualidade de vida por USF nos dois momentos de avaliação.

	2ª Avaliação	1ª Avaliação	Diferença das médias	Teste $t$	$p\text{-value}$
<i>USF A</i>					
<b>Domínio Físico</b>	59.87	55.86	4.01	4.95	.000
<b>Domínio Psicológico</b>	56.98	50.05	6.93	8.61	.000
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	55.06	50.66	4.4	5.09	.000
<b>Domínio Ambiente</b>	58.50	51.58	6.92	7.87	.000
<b>Faceta Geral</b>	80.90	69.80	11.1	8.24	.000
<i>USF B</i>					
<b>Domínio Físico</b>	56.23	55.97	.26	.18	.857
<b>Domínio Psicológico</b>	51.33	50.04	1.29	.69	.489
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	49.47	50.76	-1.29	-.74	.459
<b>Domínio Ambiente</b>	52.98	51.36	1.62	1.1	.274
<b>Faceta Geral</b>	69.66	69.09	.57	.28	.778

Como se pode verificar na tabela 60, o gênero masculino na USF A apresenta médias superiores (em ambas as avaliações), exceto no domínio das relações sociais. Porém, na USF B o cenário não é assim tão linear. Na primeira avaliação o gênero feminino apresenta médias superiores no domínio físico, no domínio psicológico e na faceta

geral; na segunda avaliação o género masculino apresenta médias superiores em todos os domínios e na faceta geral (Tabela 61).

Tabela 60. WHOQOL-BREF por géneros nos dois momentos de avaliação (USF A).

		Média		Mediana		Desvio Padrão	
		<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
<b>Domínio Físico</b>	1ª Av.	54.22	<b>57.46</b>	53.57	50	21.31	20.95
	2ª Av.	58.36	<b>61.35</b>	55.32	57.14	17.36	17.58
<b>Domínio Psicológico</b>	1ª Av.	47.35	<b>52.69</b>	43.75	45.83	24.97	26.43
	2ª Av.	55.59	<b>58.33</b>	50	50	19.50	21.99
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	1ª Av.	<b>53.22</b>	48.15	50	50	21.05	26.64
	2ª Av.	<b>57.20</b>	52.96	50	50	16.82	22.83
<b>Domínio Ambiente</b>	1ª Av.	49.50	<b>56.61</b>	50	50	21.85	22.18
	2ª Av.	57.81	<b>59.17</b>	56.25	53.13	16.27	18.73
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	68.18	<b>71.39</b>	62.50	62.50	24.33	26.87
	2ª Av.	80.40	<b>81.39</b>	87.5	87.50	20.06	23.46

Tabela 61. WHOQOL-BREF por géneros nos dois momentos de avaliação (USF B).

		Média		Mediana		Desvio Padrão	
		<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
<b>Domínio Físico</b>	1ª Av.	<b>56.58</b>	55.17	53.57	50	19.37	23.50
	2ª Av.	54.71	<b>58.28</b>	53.57	57.14	15.30	18.80
<b>Domínio Psicológico</b>	1ª Av.	<b>50.46</b>	49.47	41.67	33.33	24.49	28.39
	2ª Av.	49.67	<b>53.55</b>	45.83	50	18.20	23.86
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	1ª Av.	50.66	<b>50.89</b>	50	50	23.44	28.51
	2ª Av.	48.41	<b>50.89</b>	50	50	19.68	23.90
<b>Domínio Ambiente</b>	1ª Av.	50.69	<b>52.26</b>	50	50	20.71	24.62
	2ª Av.	51.54	<b>54.92</b>	50	53.13	14.99	20.24
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	<b>70.24</b>	67.55	62.5	62.5	23.80	28.87
	2ª Av.	67.26	<b>72.87</b>	62.5	62.5	20.87	24.22

No que concerne à percepção da qualidade de vida face às classes de idade por USF, verificou-se que na USF A a classe dos idosos apresenta médias superiores nas duas avaliações (Tabela 62). Contudo, na USF B, constatou-se o inverso, com médias

superiores na classe dos mais idosos em todos os domínios e na faceta geral, na primeira avaliação (Tabela 63). Ainda relativamente à USF B, na segunda avaliação, a classe dos idosos obteve as médias superiores na faceta geral e restantes domínios, exceto no domínio das relações sociais (Tabela 63).

Tabela 62. WHOQOL-BREF por classes de idade nos dois momentos de avaliação (USF A).

		Média		Mediana		Desvio Padrão	
		65-79	>=80	65-79	>=80	65-79	>=80
<b>Domínio Físico</b>	1ª Av.	<b>57.03</b>	52.68	53.57	50	20.96	21.49
	2ª Av.	<b>61.15</b>	56.40	60.71	53.57	17.26	17.81
<b>Domínio Psicológico</b>	1ª Av.	<b>51.73</b>	45.49	50	33.33	25.55	26.15
	2ª Av.	<b>58.40</b>	53.13	58.33	45.83	20.85	20.31
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	1ª Av.	<b>51.54</b>	48.26	50	50	23.61	25.54
	2ª Av.	<b>55.77</b>	53.13	58.33	50	20.20	20.09
<b>Domínio Ambiente</b>	1ª Av.	<b>51.97</b>	50.52	50	50	21.82	22.87
	2ª Av.	<b>59.47</b>	55.86	56.25	53.13	17.11	18.53
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	<b>71.15</b>	66.15	75	62,5	25.86	24.86
	2ª Av.	<b>82.12</b>	77.60	87.5	81.25	21.31	23.01

Tabela 63. WHOQOL-BREF por classes de idade nos dois momentos de avaliação (USF B).

		Média		Mediana		Desvio Padrão	
		65-79	>=80	65-79	>=80	65-79	>=80
<b>Domínio Físico</b>	1ª Av.	55.11	<b>57.61</b>	50	51.79	21.92	19.78
	2ª Av.	<b>56.50</b>	55.55	53.57	50	16.97	16.95
<b>Domínio Psicológico</b>	1ª Av.	49.62	<b>50.77</b>	37.5	43.75	26.34	25.99
	2ª Av.	<b>51.51</b>	50.99	45.83	45.83	20.97	20.72
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	1ª Av.	50.23	<b>51.75</b>	50	50	25.37	26.36
	2ª Av.	<b>49.77</b>	48.90	50	50	21.53	21.76
<b>Domínio Ambiente</b>	1ª Av.	50.65	<b>52.71</b>	50	50	22.60	22.16
	2ª Av.	52.56	<b>53.78</b>	50	51.56	17.57	17.33
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	68.75	<b>69.74</b>	62.5	62.5	26.62	25.11
	2ª Av.	<b>70.49</b>	68.09	62.5	62.5	23.01	21.49

O outro instrumento utilizado foi o WHOQoL-OLD. Foi concebido com o intuito de conhecer a opinião que a pessoa idosa tem sobre a sua qualidade de vida enquanto membro da sociedade. Este instrumento não pode ser utilizado isoladamente, mas sim em complementaridade com medidas genéricas de avaliação da qualidade de vida, tais como o WHOQoL-100, WHOQoL-BREF e/ou EUROHIS-QoL-8. Na sua versão original, é constituído por 6 facetas. Contudo, a versão portuguesa é composta por 7 facetas (Funcionamento sensorial; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; Intimidade; e Família/Vida familiar), o que totaliza 28 itens. Também por recomendação dos autores da validação do instrumento para a população portuguesa, calculou-se os coeficientes de fidelidade (Tabela 64).

Tabela 64. WHOQOL-OLD: Coeficientes de *Cronbach* das 28 questões e das 7 facetas individualmente.

	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Número de Itens</i>
28 questões	0.942	398	28
Funcionamento sensorial	0.719	398	4
Autonomia	0.951	398	4
Atividades passadas, presentes e futuras	0.978	398	4
Participação social	0.984	398	4
Morte e morrer	0.881	398	4
Intimidade	0.977	398	4
Família/Vida familiar	0.977	398	4

Da análise estatística descritiva efetuada ao instrumento WHOQoL-OLD verificou-se, à semelhança dos dados obtidos no WHOQoL-BREF, que as médias obtidas no segundo momento de avaliação são superiores, exceto na faceta morte e morrer (Tabela 65).

Tendo presente o objetivo da pesquisa analisou-se WHOQoL-OLD por USF. Constatou-se que os valores das médias obtidos na USF A são superiores no segundo momento de avaliação excetuando na faceta morte e morrer (Tabela 66).

Tabela 65. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva por momentos de avaliação.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Faceta Funcionamento sensorial</b>	1ª Av.	12.50	11	4.60	4	20	9	16
	2ª Av.	<b>12.55</b>	12	4.03	4	20	9	16
<b>Faceta Autonomia</b>	1ª Av.	11.87	11	3.45	5	20	9	14
	2ª Av.	<b>12.19</b>	12	3.07	5	20	10	14
<b>Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras</b>	1ª Av.	13.04	12	3.61	4	20	12	16
	2ª Av.	<b>13.38</b>	12	2.99	8	20	12	16
<b>Faceta Participação Social</b>	1ª Av.	13.26	12	3.86	4	20	12	16
	2ª Av.	<b>13.55</b>	12	3.25	4	20	12	16
<b>Faceta Morte e Morrer</b>	1ª Av.	<b>12.08</b>	12	3.07	6	20	10	14
	2ª Av.	11.96	12	2.72	6	20	10	14
<b>Faceta Intimidade</b>	1ª Av.	12.38	12	4.24	4	20	8	16
	2ª Av.	<b>13</b>	12	3.37	4	20	11	16
<b>Faceta Família e Vida familiar</b>	1ª Av.	14.63	15	3.03	6	20	12	16
	2ª Av.	<b>14.73</b>	15	2.79	8	20	12	16
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	89.75	86	21.51	42	131	75	108
	2ª Av.	<b>91.37</b>	88	18.34	52	132	79	106

Tabela 66. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva nos dois momentos de avaliação (USF A).

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Faceta Funcionamento sensorial</b>	1ª Av.	12.24	10	4.62	4	20	9	16
	2ª Av.	<b>12.53</b>	11	4.07	6	20	9	15.5
<b>Faceta Autonomia</b>	1ª Av.	11.74	11	3.46	5	20	9	14
	2ª Av.	<b>12.35</b>	12	3.02	8	20	10	14
<b>Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras</b>	1ª Av.	12.82	12	3.57	4	20	11	16
	2ª Av.	<b>13.36</b>	13	3.08	8	20	12	16
<b>Faceta Participação Social</b>	1ª Av.	13.05	12	3.88	4	20	11.5	16
	2ª Av.	<b>13.60</b>	13	3.40	4	20	12	16
<b>Faceta Intimidade</b>	1ª Av.	12.11	12	4.24	6	20	10	14
	2ª Av.	<b>12.70</b>	12	3.79	7	17	10	13.5
<b>Faceta Morte e Morrer</b>	1ª Av.	<b>12.09</b>	12	3.03	4	20	8	16
	2ª Av.	11.82	12	2.56	4	20	10	16
<b>Faceta Família e Vida familiar</b>	1ª Av.	14.49	15	3.10	6	20	12	16
	2ª Av.	<b>14.75</b>	16	2.85	8	20	12	16
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	88.54	85	21.42	42	131	74.5	107.5
	2ª Av.	<b>91.10</b>	88	18.56	55	132	77	106



Por sua vez, a USF B, apresenta valores de média superiores na segunda avaliação, exceto na faceta funcionamento sensorial e na faceta família/vida familiar (Tabela 67).

Tabela 67. WHOQOL-OLD: Estatística descritiva nos dois momentos de avaliação (USF B).

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min.	Máx.	P25	P75
<b>Faceta Funcionamento sensorial</b>	1ª Av.	12.72	12	4.59	4	20	9	16.25
	2ª Av.	12.56	12	4.01	4	20	9	16
<b>Faceta Autonomia</b>	1ª Av.	11.97	11	3.45	5	20	10	14
	2ª Av.	12.06	11	3.11	5	20	10	14
<b>Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras</b>	1ª Av.	13.22	13	3.66	4	20	12	16
	2ª Av.	13.40	12	2.94	8	20	12	16
<b>Faceta Participação Social</b>	1ª Av.	13.43	13	3.86	4	20	12	16
	2ª Av.	13.51	12	3.14	8	20	12	16
<b>Faceta Intimidade</b>	1ª Av.	12.59	12	4.25	6	20	10	14
	2ª Av.	13.25	13	3.60	6	20	10	14
<b>Faceta Morte e Morrer</b>	1ª Av.	12.06	12	3.12	4	20	8	16
	2ª Av.	12.08	12	2.84	4	20	11.5	16
<b>Faceta Família e Vida familiar</b>	1ª Av.	14.75	15	2.98	6	20	12	16
	2ª Av.	14.72	15	2.76	8	20	12	16
<b>Faceta Geral</b>	1ª Av.	90.74	87.50	21.63	42	131	77	108
	2ª Av.	91.58	87.50	18.24	52	131	79	107

Com o propósito de aferir se as diferenças observadas entre os dois momentos nas duas USF são significativas aplicou-se o teste de  $t$  para amostras emparelhadas. Constatou-se que na USF A as diferenças observadas nas médias são significativas em todas as facetas. Contudo, na faceta morte e morrer é favorável a primeira avaliação, pois a média é superior no momento inicial (Tabela 68). No que concerne à USF B, só se verifica uma diferença estatisticamente significativa na faceta intimidade, nas restantes obteve-se  $p\text{-value} > .05$  (Tabela 68).

Tabela 68. Teste *t* para amostras emparelhadas, no que concerne à WHOQoL-OLD por USF.

		2ª Avaliação	1ª Avaliação	Diferença das médias	Teste <i>t</i>	<i>p-value</i>
USF A	Faceta Funcionamento sensorial	12.53	12.24	.29	2.21	.029
	Faceta Autonomia	12.35	11.74	.61	5.68	.000
	Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras	13.36	12.82	.54	4.43	.000
	Faceta Participação Social	13.6	13.04	.55	4.15	.000
	Faceta Morte e Morrer	11.82	12.09	-.27	-2.55	.012
	Faceta Intimidade	12.7	12.11	.58	4.12	.000
	Faceta Família e Vida familiar	14.75	14.49	.26	2.88	.005
	Faceta Geral	91.10	88.54	2.56	4.66	.000
USF B	Faceta Funcionamento sensorial	12.56	12.72	-.16	-1.08	.281
	Faceta Autonomia	12.06	11.97	.09	.76	.448
	Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras	13.4	13.22	.18	1.17	.244
	Faceta Participação Social	13.51	13.43	.08	.47	.640
	Faceta Morte e Morrer	12.08	12.06	.02	.14	.887
	Faceta Intimidade	13.25	12.59	.66	.42	.000
	Faceta Família e Vida familiar	14.72	14.75	-.03	-1.08	.747
	Faceta Geral	91.58	90.74	.84	1.4	.165

Outro indicador da presente investigação é o número de recorrências ao hospital devido a complicações associadas à patologia em estudo. Das 89 pessoas inseridas na USF A, 3 pessoas tiveram a necessidade em recorrer ao hospital devido à não gestão eficaz da doença. Relativamente à USF B, verificou-se que 9.1% das pessoas tiveram necessidade em ir ao hospital, sendo que 1.8% foram admitidos 2 vezes no serviço de urgência e .9% três vezes, em três meses (Tabela 69).

Tabela 69. Recorrências hospitalares

	Nº. de recorrências	Frequência	Percentagem
USF A	Nenhuma	86	96.6
	1	3	3.4
USF B	Nenhuma	100	90.9
	1	7	6.4
	2	2	1.8
	3	1	.9

No que respeita à avaliação antropométrica e bioquímica, verificou-se na USF A uma diminuição da média e do desvio padrão em todos os parâmetros avaliados (peso, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, frequência cardíaca, HbA1C e glicemia capilar), exceto no risco de pé diabético, que mantém os mesmos valores de estatística descritiva (Tabela 70).

Tabela 70. Comparação dos parâmetros biométricos das pessoas inserida na USF A nos dois momentos de avaliação.

	Média		Mediana		Desvio Padrão	
	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.
<b>Peso</b>	74.99	73.97	75	73.3	12.26	12.02
<b>IMC</b>	28.99	28.57	28.47	28.43	4.19	4.06
<b>Perímetro abdominal</b>	100.06	99.07	100	99	10.99	10.67
<b>Pressão Arterial Sistólica</b>	137.74	134.06	135	134	20.22	16.12
<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	71.53	69.97	71	70	11.80	10.15
<b>Frequência cardíaca</b>	77.37	73.46	75	72	13.60	10.9
<b>HbA1C</b>	7.18	6.40	6.8	6.3	1.23	.78
<b>Glicemia capilar</b>	186.02	134.35	171	136	64.35	32.19
<b>Risco pé diabético</b>	1.22	1.22	1	1	.54	.54

Por sua vez, a USF B não apresentou a mesma tendência, tendo-se verificado um aumento da média e desvio padrão em todos os parâmetros avaliados (peso, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, frequência cardíaca, HbA1C, glicemia capilar e risco de pé diabético) (Tabela 71).

Apesar das diferenças observadas através da estatística descritiva na USF A, utilizou-se o teste *t* para amostras emparelhadas para confirmar se as mesmas registavam uma diferença significativa entre as duas avaliações. Assim, verificou-se que no decurso dos três meses da duração da intervenção, as diferenças observadas são estatisticamente significativas em todos os parâmetros, exceto no valor da pressão arterial diastólica, pois apresenta um *p-value* = .193 (Tabela 72).

Tabela 71. Comparação dos parâmetros biométricos das pessoas inserida na USF B nos dois momentos de avaliação.

	Média		Mediana		Desvio Padrão	
	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.	1ª Av.	2ª Av.
<b>Peso</b>	70.84	72.01	70	70.5	12.88	13.28
<b>IMC</b>	27.79	28.24	27.85	28.13	4.29	4.39
<b>Perímetro abdominal</b>	96.16	96.99	98	97.50	10.74	10.85
<b>Pressão Arterial Sistólica</b>	140.05	146.23	141	145	16.96	17.69
<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	71.20	73.01	71	74	9.87	10.73
<b>Frequência cardíaca</b>	72.80	74.64	71.50	74	11.89	12.87
<b>HbA1C</b>	7.03	7.34	6.85	7.10	1.14	1.23
<b>Glicemia capilar</b>	180.35	210.39	160	200	70.01	72.10
<b>Risco pé diabético</b>	1.05	1.24	1	1	.25	.51

Tabela 72. Teste *t* para amostras emparelhadas, no que concerne aos parâmetros biométricos avaliados na USF A.

	Diferença das médias	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Peso 2ª Avaliação – Peso 1ª Avaliação	-1.02	-6.305	.000
IMC 2ª Avaliação – IMC 1ª Avaliação	-.42	-6.429	.000
Perímetro Abdominal 2ª Avaliação – Perímetro Abdominal 1ª Avaliação	-.99	-5.585	.000
Sistólica 2ª Avaliação – Sistólica 1ª Avaliação	-3.69	-2.19	.031
Diastólica 2ª Avaliação – Diastólica 1ª Avaliação	-1.56	-1.31	.193
Frequência Cardíaca 2ª Avaliação – Frequência Cardíaca 1ª Avaliação	-3.91	-4.25	.000
HbA1C 2ª Avaliação – HbA1C 1ª Avaliação	-.78	-9.16	.000
Glicemia Capilar 2ª Avaliação – Glicemia Capilar 1ª Avaliação	-51.67	-8.58	.000

Analizou-se os mesmos parâmetros na USF B, com o recurso à mesma ferramenta estatística. Neste contexto constatou-se que entre a primeira e a segunda consulta de enfermagem (com um intervalo de 3 meses), as diferenças observadas são estatisticamente significativas em todos os parâmetros exceto no valor da pressão arterial diastólica, com um  $p\text{-value} = .069$  (Tabela 73). Porém, ao analisar os dados obtidos verifica-se que nesta USF as alterações obtidas são positivas, o que significa um aumento das médias no segundo momento de avaliação.

Tabela 73. Teste  $t$  para amostras emparelhadas, no que concerne aos parâmetros biométricos avaliados na USF B.

	Diferença das médias	$t$	$p\text{-value}$
Peso 2ª Avaliação – Peso 1ª Avaliação	1.17	6.64	.000
IMC 2ª Avaliação – IMC 1ª Avaliação	.45	7.45	.000
Perímetro Abdominal 2ª Avaliação – Perímetro Abdominal 1ª Avaliação	.83	7.01	.000
Sistólica 2ª Avaliação – Sistólica 1ª Avaliação	6.18	4.11	.047
Diastólica 2ª Avaliação – Diastólica 1ª Avaliação	1.81	2.01	.069
Frequência Cardíaca 2ª Avaliação – Frequência Cardíaca 1ª Avaliação	1.84	1.83	.000
HbA1C 2ª Avaliação – HbA1C 1ª Avaliação	.31	7.33	.000
Glicemia Capilar 2ª Avaliação – Glicemia Capilar 1ª Avaliação	30.04	5.39	.000
Risco Pé Diabético 2ª Avaliação – Risco Pé Diabético 1ª Avaliação	.19	4.56	.000

No que concerne à correlação entre o valor da HbA1C e a taxa de adesão medicamentosa, verificou-se em ambas USFs e nos dois momentos de avaliação correlação fortemente negativa e estatisticamente significativa. Assim, quanto maior é o valor da HbA1C menor é a taxa de adesão ao regime medicamentoso (Tabela 74).



Tabela 74. Correlação entre HbA1C e taxa de adesão medicamentosa por USF nos dois momentos de avaliação.

		Adesão Medicamentosa (1ª Avaliação)	Adesão Medicamentosa (2ª Avaliação)
USF A			
HbA1C (1ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.729	
	Sig. (2 extremidades)	.000	
HbA1C (2ª Avaliação)	Correlação de Pearson		-.573
	Sig. (2 extremidades)		.000
USF B			
HbA1C (1ª Avaliação)	Correlação de Pearson	-.824	
	Sig. (2 extremidades)	.000	
HbA1C (2ª Avaliação)	Correlação de Pearson		-.852
	Sig. (2 extremidades)		.000

Estes resultados demonstram que a intervenção complexa de Enfermagem **SimpleAdhere**, promoveu a adesão medicamentosa e a qualidade de vida percebida das pessoas idosas com diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2, comparativamente com o grupo controle.



## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é efetuada a discussão e interpretação dos resultados obtidos, tendo como ponto de partida as questões de investigação delineadas, através do confronto entre a evidência científica e os resultados obtidos, por forma a demonstrar os contributos da investigação para a disciplina de Enfermagem. Ainda nesta secção, é feita a apresentação das limitações do estudo e implicações do estudo.

### 5.1. FASE I

A primeira fase do estudo, tinha como objetivo geral identificar as componentes da intervenção complexa de Enfermagem, a ser testada na terceira fase do estudo. Esse objetivo foi alcançado, pois através da revisão sistemática e das entrevistas realizadas, foi possível desenhar a intervenção complexa de enfermagem.

De acordo com a evidência, a gestão de um regime medicamentoso é um processo complexo, sobretudo na população idosa devido às alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, e assume um papel preponderante na taxa de adesão medicamentosa.<sup>268</sup> Gerir um regime medicamentoso requer capacidades e habilidades que vão além da ingestão dos medicamentos no horário certo.<sup>75,204,210</sup> É imprescindível conhecer os medicamentos, reconhecer os seus efeitos secundários, exprimir as suas crenças e ambições.<sup>71,134</sup> Confirma-se assim, que uma gestão do regime medicamentoso eficaz contempla uma panóplia de conhecimentos que devem ser incorporados no quotidiano, através de uma ajuda diferenciada e capacitada para o efeito.

Pelo que se apurou no decurso da investigação, as questões em torno da temática da adesão e gestão medicamentosa não têm sido discutidas com a abertura necessária, dada a complexidade do problema. Ao que tudo indica, parece tratar-se de um assunto pouco debatido, onde a pessoa doente não expressa todas as suas preocupações ao profissional de saúde. Verifica-se deste modo, que a pessoa doente ainda é encarada como agente passivo, apenas um mero cumpridor de indicações fornecidas pelo profissional de saúde, contrariamente ao que a literatura defende, como sendo fulcral, para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, o envolvimento da pessoa doente enquanto membro ativo, numa parceria de cuidados.<sup>71,126,219,273</sup>

Viver com medicamentos diariamente, é um processo complexo, dinâmico e extenuante. Se, por um lado existe, o diagnóstico de uma doença crónica e a prescrição de um regime medicamentoso, por outro, existe uma pessoa com todas as suas crenças e vivências que irá condicionar o decurso dessa fase de transição. Assim, trata-se de um processo complexo, que incorpora uma série de procedimentos que não se podem descurar, sem contar que a complexidade do regime medicamentoso se encontra em estreita relação com a polimedicação, frequência de ingesta dos medicamentos e duração do tratamento, achados semelhante foram obtidos por Horvat e colaboradores, num estudo publicado em 2018.<sup>274</sup> No que se refere ao ser dinâmico, deve-se ao facto de sofrer várias alterações atendendo à situação clínica da pessoa, pois há que manter um equilíbrio entre os benefícios e riscos associados à medicação, onde o regime medicamentoso pode ser alterado, face às necessidades das pessoas, o que exige novas adaptações, como também nós refere Zanetti e colaboradores.<sup>275</sup>

À semelhança com o mencionado por Cruz (2017),<sup>276</sup> verifica-se que os medicamentos são, indubitavelmente, uma ferramenta útil na manutenção da saúde e promoção da qualidade de vida, porém a sua gestão encontra-se condicionada pelos fatores intrínsecos de cada ser humano, pelos conhecimentos que as pessoas detêm sobre a doença e os medicamentos, pelos fatores socioeconómicos, pelo número de medicamentos prescritos, entre outros.

Uma gestão ineficaz dos medicamentos pode conduzir à perda de autonomia, independência e qualidade de vida, aumento de morbilidade e mortalidade, e a evidência científica atesta a não adesão como um problema que requer uma abordagem emergente.<sup>47,71,104-105,277</sup>

Os achados do estudo realizado e a evidência referem que viver com medicamentos implica um reajustamento ao estilo de vida e para tal os enfermeiros devem delinear estratégias que possibilitem a pessoa idosa, viver esta fase de forma harmoniosa e saudável.<sup>278-279</sup>

A não adesão à medicação é uma realidade sendo necessário modelos interventivos que visem ultrapassá-lo. É consensual que se deve optar pelo desenvolvimento de intervenções comportamentais e educativas na promoção da adesão à medicação e que a combinação de várias intervenções é reconhecida como mais eficaz do que intervenções simples, pois conseguem ultrapassar mais condicionantes, em simultâneo, e assim obter ganhos em saúde.<sup>71,75,231</sup>

As intervenções educacionais são imprescindíveis na medida que promovem o nível de literacia em saúde tornando as pessoas mais conscientes dos riscos associados a uma gestão ineficaz do regime medicamentoso.<sup>71,75,231</sup> Acredita-se ainda, que a mudança do comportamento é apenas possível através de programas educacionais, é que ao mudar a mentalidade e as crenças das pessoas é que, conseguir-se-á mudar o comportamento.

A mudança de comportamento por parte da pessoa idosa com doença crónica, deve ser auxiliada e monitorizada através de intervenções comportamentais que visam o estabelecimento de uma maior proximidade entre a pessoa e o profissional de saúde.<sup>71,75</sup>

As entrevistas efetuadas às pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, possibilitam inferir que o diagnóstico desta patologia em concreto não é integrado e a pessoa não faz uma transição saudável e como tal, a prescrição da medicação não é bem aceite, o que, parece condicionar o comportamento futuro.

Uma realidade é a pessoa sentir-se doente, e nessas circunstâncias aceita o diagnóstico médico e consecutivamente aceita aderir à medicação prescrita, outra situação, é a pessoa que se sente saudável, e que, na sequência da realização de exames complementares de diagnóstico é informada que tem Diabetes *mellitus* tipo 2. Este diagnóstico médico não implica apenas aderir a um regime medicamentoso, mas requer uma série de reajustamentos ao estilo de vida que a pessoa idosa não reconhece como necessários e imprescindíveis face à idade que apresenta, sendo a mesma associada ao declínio da vida e aproximação da morte.<sup>47,51,168</sup>

De acordo com o verbatim resultante das entrevistas, acredita-se que de facto é difícil mudar um comportamento adquirido há mais de 60 anos, sendo como tal, a procura de mudança comportamental um processo moroso e com muitos retrocessos.

Das entrevistas realizadas aos utentes, constata-se que, em nenhuma fase da vida é fácil encarar a necessidade de mudança, pois a mudança exige uma força interior suficientemente grande para contrariar os hábitos adotados no decurso da vida. Acreditamos que a mudança é somente possível perante a perseverança, uma rede de suporte familiar devidamente estruturada e uma parceria eficaz entre o utente e os profissionais de saúde.

Há ainda, que ter em consideração que as pessoas idosas, podem, vivenciar o diagnóstico médico de mais do que uma doença crónica, o que por sua vez implica a ingestão de múltiplos medicamentos diariamente. Assim, a polimedicação é um cenário



que acomete grande parte da população idosa conforme demonstrado em diversas investigações desenvolvidas.<sup>118,123,126,279</sup>

Das 12 pessoas entrevistadas é de referir que a média de medicamentos prescritos é de 4.73 e que a média de medicamentos ingeridos por dia é de 7.67 comprimidos. Estes valores são preocupantes pois quanto maior o número de medicamentos prescritos e ingeridos diariamente maior o risco de interações e erros medicamentosos.<sup>118-119</sup> De acordo com Santos e Almeida (2010), as pessoas idosas consomem um elevado número de medicamentos e recorrem a vários prescritores.<sup>280</sup> De acordo com Chutka, Takkahashi e Hoel, em 2004, as pessoas idosas consumiam cerca de um terço do total de medicamentos prescritos.<sup>281</sup>

Este cenário soleva sérias preocupações sobre a saúde da população envelhecida pois, de acordo com a evidência científica, a complexidade do regime medicamentoso condiciona as rotinas diárias, nomeadamente a vida social, estimando-se que cerca 2 a 13% das interações medicamentosa resultem em aumento da morbilidade.<sup>119,123,282</sup>

Constata-se com o presente estudo, que a ingesta dos medicamentos não ocorre todos os dias nem no mesmo horário. Nesse sentido acredita-se que os horários das tomas devem ser adaptados à individualidade de cada pessoa, atendendo às suas rotinas e atividades de vida diárias, tornando a gestão do regime medicamentoso como algo normal e não como um constrangimento, conforme sugerido igualmente por Henriques (2011).<sup>71</sup> A evidência diz-nos ainda, que um menor número de horários de ingesta diferentes, aumenta a probabilidade de as pessoas apresentarem taxas de adesão superiores.<sup>75</sup>

Para além da complexidade, existe outro aspeto igualmente reportado como condicionante à adesão, que é o facto da medicação prescrita para uma doença crónica, ser necessária até ao fim das suas vidas. A obrigatoriedade da manutenção de um regime medicamentoso não é encarada como um fator facilitador, até pelo contrário, pois a sensação de dependência conduz a sentimentos de fragilidade enquanto ser humano.<sup>71,134</sup> Como fatores condicionantes da adesão à medicação, são ainda referidos os efeitos secundários, o custo dos medicamentos e as dificuldades em compreenderem as informações transmitidas quer oralmente quer através de informações escritas.<sup>71,81-82</sup>

É importante trabalhar esta dimensão pois a medicação é sem sombra de dúvida uma arma, que mal gerida pode ser letal. As pessoas devem conhecer os medicamentos

prescritos, bem como as suas indicações terapêuticas e efeitos adversos. O desconhecimento face à farmacocinética e farmacodinâmica conduz a um elevado grau de iliteracia em saúde. A literatura defende que os regimes medicamentosos devem ser simplificados, pois quanto mais medicamentos ingeridos diariamente, maior o risco de interações e maior a probabilidade de erro.<sup>71,75,219,231</sup>

Estas questões devem ser debatidas e explanadas por profissionais detentores de competências na área. Há que entender que a ingesta diária de medicamentos é um transtorno pessoal, porém é imprescindível a pessoa doente ter a real noção que são eles que a mantêm com autonomia e independência.

Acredita-se assim, que a atitude da pessoa idosa face à necessidade em aderir à terapêutica medicamentosa, pode condicionar o sucesso e comprometer o autocuidado, sendo que, a não adesão pode originar reações adversas, que poderá conduzir ao aumento das despesas em saúde quer através de custos diretos quer indiretos e imensuráveis.

Através das entrevistas foi possível constatar que a não adesão não intencional, é originada predominantemente pelo esquecimento, pois as pessoas entrevistadas não utilizam nenhum tipo de memorando com o intuito de facilitar a toma diária da medicação. Relatos de não adesão intencional também foram referidos pelas pessoas idosas entrevistadas e são associados, na sua maioria, às crenças e convicções.

De acordo com a literatura consultada, as crenças em torno dos medicamentos podem contribuir para a sua aceitação ou não.<sup>134</sup> É, assim imperativo que a pessoa idosa estabeleça uma relação de confiança com o profissional de saúde para, que desse modo, as crenças previamente estabelecidas sobre os medicamentos possam ser desmistificadas e a pessoa idosa possa aderir à medicação e viver de forma saudável e com qualidade de vida.

Após a análise do verbatim resultantes das entrevistas realizadas aos utentes, constata-se que a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas que recorrem às consultas nos centros de saúde, é identificada como uma condicionante à adesão à medicação. Neste contexto, importa refletir sobre o modo de agir e estar perante a pessoa que necessita de cuidados de Enfermagem. A literatura existente refere que a relação entre o enfermeiro e a pessoa doente, deve assentar em princípios tais como respeito e confiança, sem julgamento, demonstrando disponibilidade.<sup>71</sup>

Os achados deste estudo, evidenciam como fundamental a pessoa idosa sentir-se respeitada, sem receio de ver o seu comportamento julgado ou criticado. É deste modo, imperativo, compreender os fatores individuais da não adesão, com vista à gestão eficaz do regime medicamentoso e minimização da probabilidade de perda de anos de vida pelo não controlo da doença crónica.<sup>71,219-220</sup>

Os achados obtidos evidenciam que as crenças sobre os medicamentos resultam de informações obtidas através de diversos meios e que nem sempre oferecem informação adequada. A informação transmitida pelos meios de comunicação, é por vezes mal interpretada o que conduz a descrenças e comportamentos não aderentes. Há que esclarecer as informações transmitidas pelos meios de informação, bem como as transmitidas pelas outras pessoas. Neste sentido, a literatura aponta que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, baseada na confiança, possibilita a pessoa exprimir os seus receios, devendo os mesmos serem explanados e debatidos, até à inexistência de qualquer dúvida.<sup>6,71,105</sup>

Através das entrevistas constatou-se que algumas pessoas não aderem à medicação por não acreditarem na eficácia dos medicamentos, sendo nestes casos a intenção de não adesão deliberada e intencional. Estudos realizados anteriormente, referem a necessidade em compreender como as pessoas percecionam a importância dos medicamentos, e como os enfermeiros podem desenvolver intervenções que contribuam para reduzir efeitos adversos relacionados com a não adesão à medicação.<sup>71,75,81-82</sup>

Deste modo, perante um diagnóstico de uma pessoa não aderente ao regime medicamentoso deverá optar-se sempre por uma estratégia multiprofissional, através de uma consulta de enfermagem e médica conjunta, contacto não presencial através de contacto telefónico, visita domiciliária e grupos de apoio, onde se possam debater e desmistificar as crenças e preocupações referentes à medicação.<sup>71,75,81,105</sup>

Das entrevistas realizadas, foi possível constatar que as pessoas idosas valorizam e dão sentido às palavras, aos sorrisos, ao tempo disponibilizado aquando das consultas, ao olhar, ao toque e à forma como são questionadas e abordadas. A disponibilidade do profissional de saúde para escutar as pessoas, é manifestada como sendo muito importante, considerando como uma lacuna do SNS (Serviço Nacional de Saúde) o difícil e moroso acesso aos profissionais, pois infelizmente o mesmo não se processa em todos os contextos de forma rápida e eficaz, atendendo ao tipo de unidade funcional à



qual a pessoa pertence. Acredita-se que o SNS deveria ser reconhecido com um serviço organizado de forma sistemática e continuada, acessível a todas as pessoas.

Ainda sobre as relações estabelecidas é importante salientar que, na voz das pessoas entrevistadas, os enfermeiros após a mudança de um regime medicamentoso deviam estabelecer um contacto telefónico questionando acerca da adaptação ao novo regime, quais as dúvidas sentidas, efeitos adversos e benefícios sentidos. O acompanhamento e vigilância das pessoas idosas com necessidade de um regime medicamentoso, não deve ocorrer apenas no espaço físico do centro de saúde, conforme salienta Henriques (2011).<sup>71</sup> A pessoa deve sentir, que mesmo na sua residência se encontra sob vigilância e monitorização da sua equipa de saúde. Acredita-se que este é um dos princípios fundamentais na gestão da doença e da medicação em particular. Os enfermeiros têm o dever de instruir, ensinar e treinar as pessoas, capacitando-as para a independência e autonomia.<sup>71,105</sup>

Relativamente à questão da situação económica, há que assumir que os medicamentos são dispendiosos e perante a situação financeira das pessoas idosas pode ser uma condicionante à adesão. Reconhecer a pobreza pode ser constrangedor para muitas pessoas, pelo sentido de falta de controlo na vida e pelo estigma social e é reconhecido pelos entrevistados como um entrave á adesão, o que requer uma reflexão sobre este aspeto. Os profissionais de saúde, ao conhecer o agregado familiar, devem ter sempre presente as escolhas no que concerne aos custos associados à terapêutica prescrita, possibilitando deste modo, que a pessoa idosa possa adquirir o receituário na íntegra. Acredita-se que sempre que um fármaco é prescrito e não é adquirido, o médico ou enfermeiro, deveria ser notificado da não aquisição para que pudesse entrar em contacto com a pessoa doente e tentar compreender o sucedido. Isto seria um sistema de informação em saúde devidamente delineado e pensado em prol do bem-estar das pessoas doentes. Da literatura consultada, não foi possível aferir estudos que referissem este tipo de sistema de informação bem como, as suas vantagens e desvantagens, surge assim uma questão de investigação futura.

Um achado importante foi o facto de todas as pessoas entrevistadas terem demonstrado interesse em adquirir conhecimentos e competências para gerirem a sua doença e a sua medicação, parecendo valorizar conselhos, orientações e recomendações dos médicos e dos enfermeiros.

Conseguir-se-ão ganhos em saúde se a intervenção ajudar a reduzir erros associados à medicação, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade de vida percecionada.<sup>71</sup> Para tal, considera-se importante, apostar em intervenções múltiplas e complexas, integradas num plano individualizado centrado na pessoa e desenvolvido numa tríade, pessoa doente, enfermeiro e médico.

Das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde também foi possível extrair informações de grande impacto. Os profissionais de saúde reconhecem a adesão à medicação com um assunto de extrema relevância e atual, requerendo o estabelecimento de metas que visem ajudar as pessoas idosas a viver com os medicamentos de forma segura. Reconhecem que é imprescindível refletir sobre esta temática e desenvolver estratégias e intervenções conjuntas na comunidade para promover taxas de adesão superiores.

De facto, os profissionais de saúde admitem que o diagnóstico de uma doença crónica não é bem aceite e desse modo, a mudança do estilo de vida não se processa como pretendido. Os profissionais de saúde reconhecem que a medicação é essencial à manutenção da saúde e prevenção de complicações, pois sem a mesma as pessoas não estariam a viver nas suas casas nem a usufruírem de qualidade de vida percecionada.<sup>47,51</sup>

A complexidade do regime medicamentoso é de facto uma realidade, pois as pessoas deparam-se cada vez mais com uma multiplicidade de doenças crónicas, em que todas elas requerem a prescrição de fármacos. Neste sentido, a simplificação dos regimes é apontada como um dado importante para promover a adesão à medicação.<sup>119-120,123</sup>

De acordo com a literatura consultada e do verbatim resultante das entrevistas, é consensual que gerir um regime medicamentoso é uma tarefa complexa e que requer uma série de habilidades. Neste sentido, a evidência remete para a necessidade da realização de mais momentos formativos, de modo a poder atuar face à este problema em saúde.<sup>71,75</sup>

No que concerne às estratégias promotoras da adesão, os profissionais de saúde reconhecem que passam por estratégias educacionais e comportamentais. Há em primeiro lugar, que educar e sensibilizar os profissionais de saúde, para que assim possam mudar o seu modo de agir na presença da pessoa doente, e em segunda instância educar a população idosa com doença crónica.<sup>71,75,105,224</sup>



É transversal que as pessoas doentes devem ser um membro ativo e decisivo no plano terapêutico, onde as suas questões, dúvidas, preocupações e crenças deverão ser exploradas e desmistificadas.<sup>134,219,234</sup>

Os achados provenientes da fase I do estudo, evidenciam que a gestão da medicação depende de vários fatores e tem diferentes expressões. Aquando das entrevistas constatou-se que algumas pessoas não apresentam capacidade para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, tendo que, nesses casos, ser nomeada uma pessoa que assuma essa responsabilidade. Acredita-se que adesão à medicação pode ser promovida através de uma abordagem atendendo aos quatros pilares que emergiram das entrevistas realizadas. Defende-se que, os quatro pilares fundamentais que devem ser trabalhados no sentido de otimizar a gestão da doença crónica e respetivo regime medicamentoso (Figura 9). Há que ter sempre presente que a adesão à medicação pode ser condicionada atendendo aos fatores relacionados com as pessoas, ao modo como se aceita o diagnóstico da doença crónica, aos fatores relacionados com a medicação e ainda das estratégias desenvolvidas na tríade pessoa doente, enfermeiro e médico, no sentido da promoção da adesão à medicação. De referir que este esquema, permite identificar quais as áreas que devem ser trabalhadas, para se conseguir uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

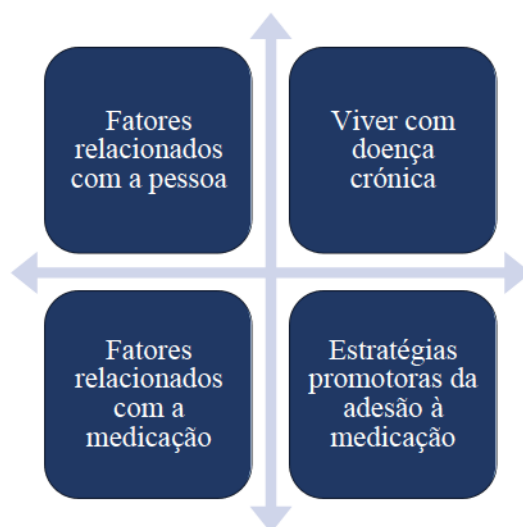


Figura 9. Pilares para a promoção da adesão medicamentosa.

Os enfermeiros têm responsabilidade de ajudar na gestão do regime medicamentoso, das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, que residem nas suas casas e no modo

como contribuem para a implementação de estratégias promotoras da adesão medicamentosa. A criação de uma consulta de enfermagem específica para trabalhar esta dimensão surge com potencial para capacitar a pessoa idosa com diagnóstico médico de doença crónica, para uma gestão da doença crónica e regime medicamentoso, sendo assim possível obter ganhos em saúde.

## 5.2. FASE II

Esta fase do estudo tinha como objetivo geral reconhecer o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2 inscritas nas USFs tipo A de um Centro de Saúde do ACES Central. O objetivo foi alcançado na medida em que foi possível identificar os fatores sociodemográficos e clínicos, bem como proceder à caracterização dos regimes medicamentosos, no que respeita ao número e complexidade da medicação prescrita.

As pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 neste estudo apresentam uma média de idades 76 ( $\pm 6.75$ ) anos, semelhante ao estudo desenvolvido por Henriques (2011), que foi 76 ( $\pm 6.1$ ) anos.<sup>71</sup> Neste estudo, a amostra é constituída por 52.91% mulheres e 47.09% homens, sendo semelhante à apresentada na população portuguesa, com 58.29% mulheres e 41.71% homens, demonstrando assim, que a amostra é representativa da população idosa, em Portugal.<sup>15</sup> Outros estudos também contavam com uma amostra maioritariamente feminina, como o caso da investigação desenvolvida por Henriques (2011)<sup>71</sup>, com 72.4% de mulheres e o estudo de Monterroso (2015)<sup>234</sup>, com 64.1% de pessoas do género feminino.

Ainda no que respeita à caracterização da população face ao grupo etário, de referir que o grupo dos idosos (65-79 anos) é constituído por 69.87% e o grupo dos muito idosos ( $\geq 80$  anos) por 30.13%, sendo estes dados semelhantes à população portuguesa com 70.85% de pessoas idosas e 29.15% de pessoas muito idosas.<sup>15</sup>

Relativamente ao estado civil a maioria da amostra é constituída por pessoas casadas (65.32%), como foi possível verificar noutras investigações, em que se observaram no estudo de Mira e colaboradores<sup>173</sup> 71.72% e, no estudo de Monterroso<sup>234</sup> 56.1%. Contudo, no estudo desenvolvido por Sousa e colaboradores<sup>126</sup> a maioria dos participantes eram viúvos (67%).

Relativamente à composição do agregado familiar, a maioria dos participantes (74.43%) reside acompanhado, à semelhança com o apurado por Sousa e colaboradores,<sup>126</sup> embora com uma percentagem mais reduzida (55%).

No que concerne ao regime medicamentoso, a amostra apresenta um ICM de 15.63, com um mínimo de 5 e máximo de 32 e um total de medicamentos prescritos com uma média de 5.4, mínimo de 2 e máximo de 11. De facto, tratam-se de valores elevados e preocupantes, pois, mais de 50% da amostra em estudo ingere mais do que cinco medicamentos por dia, sendo isto considerado como polimedicação. De acordo com o estudo realizado por Sousa e colaboradores (2011), a polimedicação encontra-se bem presente na população, com 37% das pessoas com 4 medicamentos prescritos, 25% com 5 medicamentos, 12% com 6 medicamentos, 16% com 7 medicamentos, 4% com 8 medicamentos e 6% com mais de 10 medicamentos.<sup>126</sup>

Dados semelhantes foram obtidos no decurso de outras investigações, nomeadamente no estudo de Rieckert e colaboradores, em 2018, que numa amostra de 8932 pessoas adultas com Diabetes, cerca de 78% apresentavam polimedicação, sendo mais demarcada nas mulheres e em pessoas com 60 ou mais anos de idade.<sup>279</sup> Segundo Geitona e colaboradores, 44.4% da amostra de pessoas com comorbilidades apresentavam polimedicação, em comparação, com as pessoas com apenas o diagnóstico médico de Diabetes (4.8%).<sup>283</sup>

Este cenário soleva questões e preocupações, face às consequências descritas na literatura associadas à polimedicação e complexidade medicamentosa. A evidência definiu claramente uma forte relação entre polimedicação e consequências clínicas negativas, tais como: (1) custos em saúde; (2) eventos adversos; (3) interações medicamentosas; (4) não adesão à medicação; (5) alterações cognitivas; (6) alterações na capacidade funcional (7) quedas; (8) incontinência urinária; (9) nutrição comprometida e (10) prescrição potencialmente inapropriada.<sup>119,123,284</sup>

De acordo com os dados demográficos apresentados e com o aumento da esperança média de vida e ainda com o aumento da prevalência de doenças crónicas, a polimedicação parece tender a crescer, sendo que, a simplificação dos regimes medicamentosos é uma medida necessária a ser implementada.<sup>119-120</sup> Apesar das diretrizes emanadas para a simplificação dos regimes medicamentosos, os médicos consideram a prescrição de múltiplos medicamentos como necessários face à condição de saúde das pessoas e, deste modo é difícil combater este fator preditor da não

adesão.<sup>119-120,126</sup> Neste contexto e face à impossibilidade de simplificação de regimes medicamentosos complexos, os enfermeiros devem intervir no sentido de minimizar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e ainda, sensibilizar outros profissionais face a este problema.

Prosseguindo na análise dos dados obtidos, verifica-se que a média do IMC da amostra é 28.58 ( $\pm 4.45$ ) kg/m<sup>2</sup>, com 77.97% das pessoas com um IMC acima do preconizado pela DGS ( $>25$ kg/m<sup>2</sup>).<sup>285</sup> Num estudo desenvolvido em território nacional, obtiveram-se dados semelhantes, com uma média de IMC de 27 ( $\pm 4.59$ ) kg/m<sup>2</sup>, em que 65.2% da amostra apresentava IMC  $\geq$  a 25kg/m<sup>2</sup>.<sup>71</sup>

De acordo com um estudo desenvolvido na Noruega e publicado em 2012, revelou uma taxa de mortalidade inferior nas pessoas com um IMC entre 25 e 29.9kg/m<sup>2</sup>, comparativamente às pessoas com IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup>.<sup>286</sup> Porém, um grupo de investigadores, demonstrou que abaixo dos 25kg/m<sup>2</sup> a mortalidade aumenta, e por cada diminuição de 2kg, que a taxa de mortalidade aumenta em cerca 20%.<sup>287</sup> Atendendo a outro estudo, as pessoas do género masculino que apresentam um IMC inferior a 23.5 e as pessoas do género feminino inferior a 22, é descrito como fator potenciador da morbilidade e mortalidade.<sup>288</sup> É deste modo, imprescindível procurar manter as pessoas idosas com o valor de IMC dentro dos padrões esperados, minimizando assim o risco de aparecimento do comorbilidades.

O mesmo se verifica com o perímetro abdominal, sendo necessário um investimento na adoção de estilos de vida saudáveis que promovam a perda de peso e a diminuição do perímetro abdominal. A medição do perímetro abdominal é considerado como um forte indicador para prever e detetar precocemente complicações cardiovasculares e metabólicas.<sup>286</sup> De acordo com a WHO (1997) e Carmo (2008), as pessoas do género masculino com perímetro abdominal superior a 93cm apresentam risco aumentado de complicações metabólicas e acima de 101cm, risco muito aumentado, por sua vez, as pessoas do género feminino apresentam risco aumentado com valor superior 79cm e risco muito aumentado acima de 87cm. Atendendo à evidência e aos dados obtidos, é de extrema importância atuar nesta área.<sup>289-290</sup>

De referir que as pessoas do género feminino, no estudo realizado, apresentam valores de perímetro abdominal superior às pessoas do género masculino, porém este dado não permite inferir quais as causas associadas a esta alteração observada. De reter, que por



cada 4.5cm de aumento do perímetro abdominal, nos homens, e 2.5cm, nas mulheres, a pressão arterial sistólica aumenta 1mmHg.<sup>291</sup> É assim, possível afirmar que as pessoas do género feminino, que constituíram a amostra em estudo, encontram-se mais vulneráveis ao aparecimento de complicações metabólicas e cardiovasculares.

Considera-se que uma abordagem multiprofissional entre enfermeiros, dietistas ou nutricionistas e fisioterapeutas, seria desejável face aos valores obtidos. Sessões de esclarecimento alimentar e prática de atividade física em conjunto, através de medidas dirigidas ao envelhecimento ativo, saudável e participativo podem promover a diminuição do peso, perímetro abdominal, pressão arterial, glicemia capilar e HbA1C, bem como a manutenção de uma vida social ativa.

Assim e apesar da polimedicação observada aquando da recolha dos dados, 83.29% das pessoas apresentam valores de pressão arterial sistólica acima dos valores preconizados como normais pela DGS, o que pode indicar que os fármacos prescritos não estão a atingir os objetivos definidos e orientados para a prática clínica ou a taxa de adesão é inferior à esperada.<sup>292</sup> No que concerne à diastólica observa-se um cenário inverso, com 79.24% da amostra com os valores dentro do intervalo considerado como normal e esperado. É conhecido que o aumento da pressão arterial encontra-se correlacionado com o avanço da idade, sendo que entre 30 a 50% das pessoas idosas sofrem de hipertensão arterial.<sup>286</sup>

Relativamente à frequência cardíaca, a maior parte das pessoas apresentam valores dentro do intervalo esperado, e este facto encontra-se justificado pela importância que as pessoas verbalizam face a determinados problemas de saúde, corroborado pelas manifestações das pessoas inquiridas na fase I, que referem uma maior atenção face à medicação prescrita na sequência de problemas do foro cardíaco. Daqui, pode-se depreender que o comportamento humano é condicionado por crenças e convicções, porém não foi possível fundamentar esta achado à luz da evidência científica.

No que se refere à HbA1C obteve-se um valor médio superior ao desejado, de 7.09%, com um mínimo de 5.3% e máximo de 12.4%, neste sentido, e atendendo às recomendações da DGS é esperado para uma pessoa com Diabetes, apresentar um valor inferior a 7%.<sup>293</sup> Constata-se que 57.47% da amostra apresenta valores dentro do intervalo desejado para a população em estudo, sendo que 22.78% apresentam valores entre 7 e 7.9%, e 19.75% valores superiores a 8% o que revela um não controlo da



doença. Um estudo desenvolvido no Brasil, concluiu que 78.75% das pessoas idosas apresentavam valores de HbA1C superior a 7%.<sup>294</sup>

Assim, aquando da consulta de enfermagem e médica, e perante valores de HbA1C superiores aos pretendidos, é imperativo uma análise ao comportamento da pessoa face ao regime medicamentoso instituído, com o intuito de averiguar se a alteração analítica é devida à falta de adesão à medicação, ou não.

No que concerne à glicemia capilar os dados obtidos, não permitem a extração de resultados concretos, pois trata-se de avaliações esporádicas, nem sempre realizadas nas mesmas condições o que se torna um viés à leitura dos dados obtidos.

Apesar de não ter sido objetivo da presente fase do estudo, os dados obtidos demonstram que 42.53% da população não apresenta um controlo adequado da Diabetes, o que pode indicar fraca adesão ao regime medicamentoso ou não adequação da medicação prescrita face às necessidades das pessoas.

No que concerne às duas USFs em estudo, os dados obtidos são semelhantes o que demonstra poder-se comparar as duas unidades funcionais numa fase posterior, pois as condições prévias dos utentes são semelhantes. Esta conclusão assenta no teste estatístico de Levene onde não se rejeita a homogeneidade das variâncias dos testes, conforme apresentado nos resultados.

### 5.3. FASE III

As duas primeiras fases realizadas permitiram delinear o percurso metodológico, da última fase do presente estudo. O ECR tinha o objetivo geral de avaliar a eficácia da intervenção complexa de enfermagem desenvolvida e implementada, com o intuito de aumentar a adesão à medicação e a qualidade de vida percecionada. O objetivo foi atingido, na medida que a intervenção SimpleAdhere, conduziu ao aumento da taxa de adesão à medicação, aumento da qualidade de vida percecionada, melhoria dos parâmetros biométricos e diminuição do número de recorrências hospitalares.

De referir que ao nível da caracterização sociodemográfica da amostra obteve-se dados semelhantes à fase anterior, com uma média de idades de 76 ( $\pm 6.58$ ) anos, sendo a amostra maioritariamente feminina (53.77%) e com pessoas casadas (66.33%).

Relativamente aos anos de diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2, constatou-se que 54.27% das pessoas tinham conhecimento da doença há 7 ou menos anos, e que esse mesmo grupo de pessoas apresentam taxas de adesão à medicação mais baixas, podendo o mesmo ser associado à não aceitação da doença, porém o estudo realizado não permite a obtenção de conclusões face a este resultado.

Quanto ao ICM e ao total de medicamentos prescritos, os dados obtidos são semelhantes aos obtidos na fase II, demonstrando que a amostra em estudo é representativa da população.

Assim, após uma breve caracterização da população que constituiu a amostra do estudo, urge a necessidade de avaliar a eficácia da intervenção de enfermagem desenvolvida e implementada. De referir, que não se observam diferenças estatisticamente significativas, entre as médias, das pessoas que constituíram o grupo de controlo e grupo experimental, mantendo assim o pressuposto da homogeneidade entre os grupos em estudo.

Do estudo, é importante salientar que o ICM se encontra correlacionado com o número de medicamentos prescritos, tanto na USF A como na USF B, mas que não se encontra associação entre o ICM e o género e o ICM e a idade, igualmente constatado por Amorim (2016), que afirma que a idade e o género não influenciam a complexidade medicamentosa.<sup>295</sup>

De uma primeira análise efetuada aos valores de adesão à medicação observa-se uma diferença entre o valor obtido no momento inicial (média de 4.15,  $\pm 2.24$ ) comparativamente ao momento final (média de 5.23,  $\pm 1.72$ ). De referir que no estudo de Monterroso (2015), a taxa de adesão à medicação ronda os 51%.<sup>234</sup>

Relativamente ao ECR desenvolvido, é possível afirmar que se verificou um aumento da média e uma diminuição do desvio padrão entre a 1ª e 2ª avaliação. Porém estes achados devem ser analisados à luz dos grupos que constituíram o estudo, o grupo experimental e o grupo de controlo. No momento inicial a USF A (grupo experimental) apresentava uma adesão à medicação inferior à USF B (grupo de controlo). Porém, após a aplicação da intervenção de enfermagem desenvolvida verificou-se que a USF A aumentou a adesão à medicação tendo passado de 3.26 para 5.97, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Por sua vez, a USF B apresentou uma adesão inferior na 2ª avaliação, tendo passado de 4.87 para 4.63 e, apesar da diferença entre as médias ser

baixa, a mesma é estatisticamente significativa. Importa assim refletir sobre o que pode ter sucedido nas duas USFs em estudo, face aos resultados obtidos.

No que concerne à USF A, acredita-se que a intervenção implementada, para além da promoção da adesão, possibilitou melhorias em todos os parâmetros biométricos avaliados exceto no valor da pressão arterial diastólica e risco de pé diabético. A média da HbA1C diminuiu de 7.18% para 6.40%, com uma diminuição também no valor do desvio padrão de 1.23% para 0.78%. Verificou-se ainda, uma correlação fortemente negativa entre a taxa de adesão à medicação e o valor da HbA1C, o que sugere que na fase II, os valores de HbA1C elevados apontavam para uma fraca taxa de adesão à medicação, conforme sugerido anteriormente.

Relativamente ao valor médio da glicemia capilar, este, também diminuiu de 186.02mg/dl para 134.35mg/dl, o que demonstra um melhor controlo da doença e previsivelmente, uma diminuição no aparecimento de patologias associadas.

Ainda sobre o grupo experimental é de referir que a intervenção também teve a capacidade de promover a qualidade de vida percecionada da pessoa idosa em todos os seus domínios. No que concerne ao instrumento para aferir a qualidade de vida (WHOQoL-BREF), e específico da população idosa (WHOQoL-OLD), constatou-se que as diferenças observadas nas médias entre as avaliações são estatisticamente significativas, porém na faceta morte e morrer a diferença é favorável à primeira avaliação, sendo que este dado não se consegue explicar através dos achados resultantes da investigação, acreditando que possa estar relacionado com uma maior sensação de bem-estar e como tal um maior receio associado à morte, porém a literatura consulta também não possibilitou a obtenção de conclusões face a este dado. No estudo de Henriques (2011), a intervenção de enfermagem implementada não obteve melhoria da qualidade de vida nas pessoas idosas, porém de referir que aquando deste estudo, foi apenas utilizado o WHOQoL-BREF.<sup>71</sup>

Na USF B, e como referido anteriormente, obteve-se uma taxa inferior na segunda avaliação, diferença essa, apesar de pequena, estatisticamente significativa, que obriga a refletir sobre o que poderá ter acontecido para este valor ter diminuído. Há um aspeto a ter em consideração, que diz respeito ao período de recolha de dados, que incluiu uma época do ano específica associada a festividades, que para além de todos os momentos festivos se verifica uma diminuição do número de profissionais no exercício nessa época devido a férias, levando a uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que



ficam no exercício das suas funções. De acordo com Felgueira (2001) a sobrecarga e a satisfação laboral dos enfermeiros influencia a qualidade dos serviços de saúde prestados.<sup>296</sup>

Ainda neste contexto e analisando os parâmetros biométricos, verifica-se que ao nível do peso, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, HbA1C, glicemia capilar e risco de pé diabético, houve aumento dos valores das médias, na USF B, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. Estes achados corroboram o referido anteriormente, podendo também ser explicados, pelo facto de, no decurso de uma sobrecarga laboral, os profissionais de saúde não têm igual disponibilidade para a promoção de um estilo de vida saudável e adesão ao regime terapêutico medicamentoso.<sup>296</sup>

Contudo, na USF A, ressalta a importância da intervenção desenvolvida e implementada, pois os dados foram colhidos exatamente no mesmo período de tempo, e apesar dos constrangimentos como referido anteriormente, conseguiu obter-se melhorias na taxa de adesão à medicação, qualidade de vida e recorrências ao hospital, comparativamente à USF do grupo de controlo. No estudo desenvolvido por Henriques (2011), constatou-se que as intervenções de enfermagem apresentam potencial para aumentar a taxa de adesão à medicação, nomeadamente através do aconselhamento, controlo e capacitação sobre os medicamentos, contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de intervenção e de controlo no que respeita à morbilidade e recorrências hospitalares.<sup>71</sup>

No que concerne à qualidade de vida percecionada pelas pessoas idosas na USF B, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Este achado pode ser analisado na perspetiva da pessoa idosa que tem maior contacto com os profissionais de saúde sente-se mais acompanhada e melhor vigiada, o que contribui para um aumento da qualidade de vida percecionada. Porém no instrumento da qualidade de vida específico da pessoa idosa obteve-se uma diferença estatisticamente significativa a favor da segunda avaliação na faceta da intimidade. Este achado não foi possível explicar no decurso da presente investigação, sendo como tal uma fragilidade.

No que concerne à necessidade de recorrência ao hospital na USF A apenas se verificaram três pessoas com necessidade de uma ida ao serviço de urgência, enquanto que na USF B, verificaram-se um total de 14 idas ao serviço de urgência referentes a 10 pessoas, o que significa que houve pessoas com necessidade de mais do que uma

recorrência. De mencionar que só foram contabilizadas as recorrências associadas à Diabetes ou complicações dela decorrentes.

De referir que a avaliação da eficácia de intervenções de enfermagem, principalmente face a regimes medicamentosos complexos em pessoas idosas, não é tarefa fácil.<sup>71</sup> De acordo com Monterroso, as intervenções de enfermagem devem ter em consideração os valores e crenças das pessoas.<sup>234</sup>

Em 2015, foi publicado por Weller, um estudo quasi-experimental desenvolvido com o objetivo de testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem, com vista à promoção da adesão medicamentosa, que incluía: (1) a entrega de um distribuidor de medicamentos mensal ou semanal, de fácil manipulação; (2) um calendário semanal ou mensal, no qual estava anotado os horários previstos para a ingesta da medicação e (3) a entrega de folhetos informativos sobre as medicações, com indicações precisas de como e quando tomar cada medicamento, bem como informações genéricas sobre cada medicamento prescrito. No final do estudo não se obteve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de adesão do grupo de controlo e o experimental.<sup>297</sup> Os achados deste estudo, corroboram o apresentado anteriormente, que nenhuma intervenção simples tem capacidade de conduzir a pessoa idosa a uma mudança comportamental e respetivamente ganhos em saúde, devendo-se apostar em intervenções complexas.<sup>298</sup>

Neste contexto e atendendo à metodologia da presente fase, torna-se difícil comparar os dados obtidos com outros estudos com metodologias diferentes, assim, considera-se pertinente, analisar os dados obtidos à luz da evidência científica resultante de revisões sistemáticas recentes na área.

De acordo com uma revisão sistemática publicada em 2017, sobre intervenções baseadas em teorias para melhorar a adesão à medicação em pessoas idosas com polimedicação, tendo sido identificados cinco estudos que faziam referência a teorias na promoção da adesão à medicação. As teorias identificadas foram teoria cognitiva social, modelo de crenças em saúde, modelo transteórico e modelo da autorregulação. Porém nesta revisão devido à heterogeneidade dos estudos não foi possível concluir se os referenciais teóricos promoveram a adesão à medicação em pessoas polimedicada, sugerindo-se assim mais investigações primárias nesta área.<sup>299</sup>



Por último, em 2017, foi publicada uma revisão sistemática por Marcum e colaboradores, que contava com doze ECR, dos quais, dois estudos eram sobre intervenções educacionais e comportamentais, e demonstraram melhoramento da taxa de adesão à medicação e ganhos em saúde. No que concerne, aos estudos sobre lembretes e simplificação do regime medicamentoso, constatou-se que houve promoção da adesão à medicação, com ganhos em saúde, porém sem significado estatístico. Os investigadores concluíram que é possível promover a adesão à medicação, com o recurso a intervenções desenvolvidas atendendo aos fatores preditores da não adesão, defendendo ainda, mais investigações centradas nas pessoas doentes.<sup>300</sup>

Assim, e atendendo aos resultados apresentados aceitam-se às hipóteses de investigação formuladas na medida em que:

- Se obtiveram taxas de adesão à medicação superiores no grupo experimental, face ao grupo de controlo, sendo a diferença das médias estatisticamente significativa;
- Se obtiveram valores mais elevados de qualidade de vida percecionada no grupo experimental em comparação ao grupo de controlo, tendo a diferença das médias sido comprovada e validada através de teste estatístico;
- As pessoas que constituíram o grupo experimental tiveram em número absoluto menos recorrências aos serviços de urgência, face às pessoas que constituíram o grupo controlo;
- Nos valores de avaliação antropométrica e bioquímica se obtiveram ganhos em saúde no grupo experimental, em todos os parâmetros exceto na pressão arterial diastólica e risco de pé diabético, apesar do valor médio da pressão arterial diastólica ter sido inferior na segunda avaliação, a diferença não é estatisticamente significativa. No grupo de controlo obtiveram-se na segunda avaliação médias superiores em todos os parâmetros, porém sem tradução estatística.

Os enfermeiros têm a responsabilidade e a capacidade de ajudar as pessoas idosas a gerirem o seu regime medicamentoso através da implementação de estratégias complexas e individualizadas com vista à obtenção de taxas de adesão à medicação mais elevadas e devem capacitá-las através de intervenções educacionais e

comportamentais, com a finalidade de promover o autocuidado na gestão do regime medicamentoso.

Considerando, ainda, os aspetos económicos da não adesão à medicação e apesar de não ter sido efetuado estudo de avaliação custo-eficácia, não se pode ignorar que, e de acordo com a Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho, uma consulta de enfermagem apresenta um custo, valor faturado ao estado, de 16.00 euros e um episódio de urgência num serviço de urgência básica 51.00 euros, num serviço de urgência médico-cirúrgica 85.91 euros e num serviço de urgência polivalente 112.07 euros.<sup>301</sup> Isto aponta, inequivocamente para que é mais rentável apostar na prevenção do que no tratamento, minimizando o número de episódios de urgência por descompensação de uma doença crónica. Não fará, então, mais sentido a pessoa idosa com doença crónica ser vigiada pelo seu médico e/ou enfermeiro de referência, sem ter a necessidade de se deslocar a um serviço de urgência? Quais os custos reais associados a uma recorrência a um serviço de urgência? É possível quantificar o custo da perda de qualidade de vida evitável através de programas preventivos?

Ainda neste sentido, e atendendo à complexidade dos GDHs (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) é de referir que o custo associado a um internamento hospitalar devido ao diagnóstico de Diabetes, pode estar compreendido entre 880.87 euros e 7721.02 euros atendendo ao nível de severidade da doença, isto sem contabilizar complicações que possam surgir.<sup>301</sup> Assim, e apenas a título ilustrativo, o custo associado a um GDH de “Intoxicação por agentes terapêuticos” pode variar entre 730.29 euros e 5910.15 euros, sendo, os valores aqui expressos, meramente exemplificativos podendo ser mais elevados de acordo com o grupo farmacológico e quadro associado à hiperdosagem, sinais, sintomas e morbilidade.<sup>301</sup>

Estes dados apontam, inequivocamente, para se poder considerar, que o tratamento é mais dispendioso do que a prevenção, não apenas para o próprio SNS, mas também para a saúde das pessoas, pois há custos incomensuráveis, tais como sofrimento físico e psicológico e a perda de independência e autonomia. É inevitável não questionar o porquê de não haver um maior investimento, por parte do SNS, na prevenção primária.

Em suma, mais investigações devem ser desenvolvidas nesta área, pois esta temática é complexa e requer uma abordagem multidisciplinar e multifatorial. Com este estudo, foi possível demonstrar que a intervenção desenvolvida possibilitou a melhoria das taxas de adesão à medicação e ganhos em saúde. Porém, consideramos que na prática diária o

enfermeiro ao aplicar esta intervenção, deve ter sempre presente que cada pessoa é um ser único e com o estilo próprio conforme apresentou Bastos, na sua dissertação de doutoramento, pois sem esse conhecimento pode não ser possível obter os ganhos pretendidos.<sup>210</sup> Outro aspeto a ter em consideração é a teoria de Meleis, pois o modo como as pessoas vivenciam as suas transições pode ser um fator preditor da não adesão. Por isso, a intervenção deve ser aplicada às pessoas idosas diabéticas e testadas a outras populações, mantendo sempre presente que o diagnóstico de uma doença crónica e a necessidade em aderir a um regime medicamentoso, a longo prazo, representa uma transição e a necessidade de um reajuste para a obtenção do equilíbrio novamente. Cabe assim ao enfermeiro, perante um diagnóstico de gestão do regime medicamentoso ineficaz, intervir junto da pessoa e adaptar a intervenção às necessidades e perfil da pessoa que se encontra à sua frente.

É consensual no seio da comunidade científica que mais investigações nesta área são necessárias, principalmente com o recurso a ECRs, dado a robustez deste tipo de metodologia. Outro aspeto importante prende-se com o reporte das investigações desenvolvidas, pois alguns estudos publicados não contemplam todas as etapas do processo metodológico não sendo possível aferir o rigor científico e como tal, não é possível extrair evidência transferível para a prática clínica.

Assim, os achados do estudo evidenciam que a gestão eficaz da medicação pela pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2, depende da forma como a pessoa encara o diagnóstico médico de uma doença crónica, dos fatores relacionados com a própria pessoa e dos fatores relacionados com a medicação, sem descurar os fatores socioeconómicos e o meio envolvente no qual a pessoa se encontra inserida. Neste contexto, a intervenção desenvolvida e implementada, visa uma participação ativa da pessoa doente na decisão terapêutica, capacitação para monitorização da doença e controlo de sintomas, assumindo compromisso com o profissional de saúde para o sucesso terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis. Acredita-se que assim, será possível promover a adesão medicamentosa na pessoa idosa e a qualidade de vida percecionada (Figura 10).

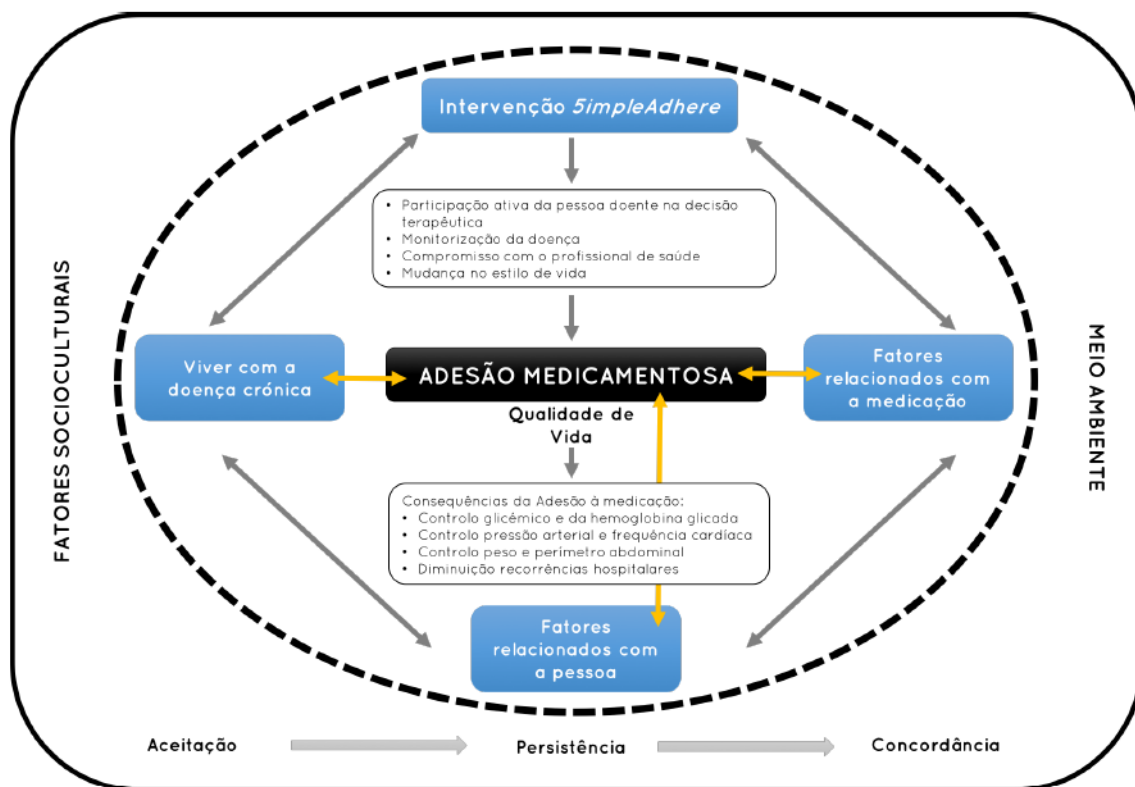


Figura 10. Modelo explicativo para uma gestão eficaz do regime medicamentoso.

#### 5.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente trabalho de investigação abordou exclusivamente a questão da adesão medicamentosa, identificando desde já uma limitação do estudo. Porém esta decisão, foi devidamente refletida e justificada pela literatura, pois a não adesão à medicação pode acarretar graves consequências para a saúde das pessoas, tais como quedas, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, podendo até mesmo conduzir ao aumento da morbilidade e mortalidade. Sem descurar ainda que, de acordo com a evidência científica, o não controlo da doença crónica encontra-se correlacionado com a interrupção ou não manutenção da medicação prescrita. Verifica-se, assim, que a adesão medicamentosa é fator preditor do sucesso terapêutico. Neste sentido, os enfermeiros precisam diagnosticar atempadamente as pessoas com uma gestão do regime medicamentoso ineficaz e assim intervir no sentido de ultrapassar as condicionantes da não adesão e promover o autocuidado neste domínio.

Ao se decidir investigar apenas esta dimensão, foi possível reduzir as variáveis de confundimento, que poderiam comprometer a leitura e interpretação dos resultados, ao



intervir nas três dimensões em simultâneo, pois não seria possível, no final da investigação, afirmar qual das intervenções teria sido potenciadora da adesão medicamentosa.

Pode ainda, reconhecer-se outra limitação da presente investigação, que se trata da não identificação do custo exato da intervenção implementada em virtude do custo da não implementação da mesma.

A razão de não se incluir as USF tipo B, pode remeter para uma limitação, contudo essa decisão deveu-se ao facto das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, neste tipo de USF irem apenas a uma consulta médica e de enfermagem para vigilância desta condição de saúde de seis em seis meses, o que conduzia à não manutenção das mesmas condições entre USFs, podendo ser, como tal, um viés ao estudo. Nas USFs tipo A as pessoas idosas com esta doença crónica, são vigiadas de três em três meses, o que encurta em 50% o tempo sem vigilância e acompanhamento por parte do profissional de saúde. Assim, é possível afirmar que nas USFs tipo A existe uma maior proximidade temporal, que pode ser reconhecida com uma vantagem para as pessoas inscritas neste tipo de unidade funcional.

De referir ainda, que em fase projeto, o objetivo do presente estudo prendia-se com a avaliação da taxa de adesão à medicação através de análises de sangue, avaliando os metabolitos dos fármacos na corrente sanguínea, contudo, tal procedimento não foi possível, assumindo-se assim as limitações associadas à avaliação da adesão por questionário.

Outra limitação do estudo está relacionada com a escolha geográfica onde o estudo foi desenvolvido, pois teria sido um contributo importante a implementação da intervenção a outras regiões do país. A delimitação geográfica, encontra-se relacionada ao custo associado aos direitos de utilização da Escala de Morisky, que inviabilizou a sua aplicação a outras áreas geográficas.

A escolha temporal da duração do estudo, também pode ser considerada como uma limitação, pois acredita-se que seria uma mais valia, uma terceira avaliação, três meses após à segunda, com o intuito de aferir se a melhoria observada na adesão à medicação perdura no tempo. Numa futura investigação, recomenda-se recorrer a mais uma avaliação da adesão à medicação e qualidade de vida três meses após a segunda avaliação.



Para finalizar, é de salientar que diversas investigações têm sido desenvolvidas no sentido de identificar as condicionantes da adesão medicamentosa e a taxa de adesão à medicação, porém estudo de natureza interventiva por parte dos enfermeiros são escassos, justificando uma vez mais a pertinência desta investigação e a necessidade de mais estudos sobre esta temática e com o recurso à mesma metodologia utilizada. Recomenda-se ainda, a replicação deste estudo em larga escala, em diferentes regiões do país, de modo a avaliar a eficácia da intervenção desenvolvida.

## 5.5. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo trouxe contributos relevantes para a prática clínica, ensino e investigação em Enfermagem. Neste âmbito, os enfermeiros devem deter conhecimentos, competências e habilidades, que lhes permita capacitar a pessoa idosa para uma gestão eficaz e segura da doença crónica e regime medicamentoso, promovendo assim a qualidade de vida.

Aquando deste estudo, constata-se que através da implementação da intervenção desenvolvida é possível promover a adesão à medicação, considerando-se fundamental a implementação da mesma nas consultas de enfermagem, nos cuidados de saúde primários, acessível ao maior número possível de pessoas. De facto, a consulta de enfermagem, dadas as suas características, assume uma posição de destaque na capacitação da pessoa doente para a promoção da saúde, de acordo com o apresentado por Nola Pender.<sup>302</sup> De acordo com o modelo proposto por Pender, o enfermeiro pode implementar e avaliar ações de promoção da saúde, através da avaliação do comportamento que conduz à promoção da saúde.<sup>302</sup> É de referir que a intervenção desenvolvida e implementada tem a capacidade de promover a saúde das pessoas idosas com diagnóstico médico de doença crónica, através da influência para a adoção de comportamentos saudáveis e adequados face às necessidades das pessoas.

Defende-se com o presente estudo, que os cuidados de enfermagem para serem efetivos e eficientes devem contemplar a realização de intervenções de enfermagem centradas nos problemas das pessoas, numa perspetiva multidisciplinar. Com este estudo, demonstrou-se que os enfermeiros são fundamentais na capacitação da pessoa idosa, na gestão e promoção da adesão à medicação prescrita, através de uma intervenção complexa que visa eliminar o máximo de fatores preditores da não adesão medicamentosa.

As implicações deste estudo para o ensino de Enfermagem prendem-se com o reconhecimento de que a adesão medicamentosa é sensível aos cuidados de enfermagem, necessitando de bases sólidas, no que respeita à gestão da doença crónica e regime medicamentoso, com vista à promoção da saúde e autocuidado. Sugere-se deste modo, a explicitação da intervenção aqui desenvolvida e testada nos *curricula* do 1º ciclo de estudos da Licenciatura em Enfermagem, pós-graduações e cursos de especialização em enfermagem comunitária.

Por último, as implicações na área da investigação em Enfermagem estão relacionadas com a necessidade de mais estudos neste domínio, com o intuito de consolidar os resultados advindos deste estudo. A replicação deste estudo à mesma população ou a outras populações assume-se como uma necessidade para a Enfermagem, para além da inclusão de outras atividades à intervenção desenvolvida. Investigações futuras devem, procurar compreender as intervenções complexas em outros domínios do autocuidado e promoção da saúde. De salientar que a intervenção foi eficaz e efetiva, com ganhos em saúde, o que se assume como relevante para a Enfermagem e para a própria sociedade.



## 6. CONCLUSÕES

A promoção do bem-estar e qualidade de vida da população foi, desde sempre, uma preocupação por parte dos enfermeiros que procuram, no seu quotidiano, dar resposta às necessidades das pessoas, através da elaboração de um plano de cuidados centrado na individualidade e especificidade do ser humano.

As tendências demográficas, a nível global, têm sido caracterizadas por um aumento significativo na faixa etária das pessoas idosas e mais idosas, que se traduz por uma inversão na atual estrutura da pirâmide etária. O cenário, em Portugal, acompanha as tendências mundiais, com o fenómeno do duplo envelhecimento bem demarcado. Neste contexto, acredita-se que a pessoa idosa deverá assumir uma posição de destaque no SNS, na procura da defesa dos princípios emanados pela WHO que preconiza um envelhecimento ativo e saudável através da manutenção da autonomia e independência.

O aumento da esperança média de vida encontra-se assim, relacionado com os avanços tecnológicos ocorridos na área da saúde. Associado ao avanço da idade e aos estilos de vida adotados ao longo do ciclo vital, as pessoas idosas encontram-se mais propensas ao diagnóstico médico de uma doença crónica, como é o caso da Diabetes *mellitus* tipo 2, que é considerada com uma das doenças crónicas mais prevalentes na população idosa. O tratamento desta doença implica um plano de cuidados individualizado que assenta na tríade alimentação saudável e equilibrada, prática de atividade física e adesão a um regime medicamentoso, este muitas vezes complexo.

Neste sentido, este estudo foi realizado com a finalidade de clarificar e testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem complexa, com vista à adesão medicamentosa da pessoa idosa com Diabetes *mellitus* tipo 2. Para tal, a investigação foi dividida em três fases.

A primeira fase da investigação permitiu responder às questões: Quais as evidências prévias sobre a adesão medicamentosa nas pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2? Quais as evidências no que concerne às intervenções de enfermagem para a promoção da adesão medicamentosa em pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2? Quais os componentes que a intervenção complexa deve conter com a finalidade de promover a adesão medicamentosa?

Foram assim identificadas as componentes a incluir na intervenção de enfermagem a ser implementada e testada na última fase do estudo. A complexidade medicamentosa é reconhecida como uma condicionante à não adesão, porém outros fatores preditores da adesão encontram-se documentados na literatura consultada, tais como idade, estatuto socioeconómico, nível de escolaridade, nível de conhecimento sobre a doença e medicamentos, fatores associados ao próprio SNS e a relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Neste sentido, e de acordo com a evidência científica prévia e os achados resultantes da realização das entrevistas, as intervenções promotoras de comportamento aderentes devem ser complexas, e neste caso específico, devem incluir intervenções comportamentais e educacionais.

A segunda fase do estudo, permitiu responder às questões: Qual o perfil das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, registadas nas USFs tipo A de um Centro de Saúde do ACES Central? Qual o índice de complexidade do regime medicamentoso das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, nas USFs tipo A de um Centro de Saúde do ACES Central?

Este estudo permitiu caracterizar as pessoas idosas com diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2, no que concerne às variáveis sociodemográficas, sendo que a amostra era composta maioritariamente por mulheres, o que vem corroborar a tendência nacional.

No que concerne ao ICM, confirmou-se que as pessoas idosas com doença crónica têm regimes medicamentosos complexos e com grande número de medicamentos prescritos diariamente, porém não se verificou a existência de correlação entre a complexidade medicamentosa e o avanço da idade.

Estes dados apoiam a necessidade do desenvolvimento de uma intervenção complexa em Enfermagem, com o intuito de capacitar a pessoa idosa para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, muitas vezes complexo.

A última fase do estudo, permitiu responder à questão: Será que a implementação de uma intervenção complexa em enfermagem nas pessoas idosas com Diabetes *mellitus* tipo 2, registadas numa USF Tipo A do ACES Central e que residem no seu domicílio, resulta num aumento da adesão medicamentosa e qualidade de vida, em comparação com as pessoas idosas com a mesma patologia, sem este recurso?



Neste estudo, concluiu-se que as pessoas idosas, que não aderem à medicação, apresentam valores de HbA1C mais elevados, e consequentemente valores de glicemia capilar igualmente mais altos tornando, assim, as pessoas mais vulneráveis a riscos e complicações e a maior grau de incapacidade.

O ensaio clínico desenvolvido, demonstrou que a intervenção *SimpleAdhere*, tem potencial para melhorar a adesão medicamentosa, a qualidade de vida percebida e os parâmetros biométricos nas pessoas idosas com o diagnóstico médico de Diabetes *mellitus* tipo 2.

Consideramos que estudar a adesão à medicação pode ajudar a compreender como as pessoas experienciam o diagnóstico de uma doença crónica, vivenciam a prescrição de medicação e gerem a doença crónica e respetivo regime medicamentoso. Assim, e corroborando as evidências que suportaram a presente investigação, de facto a adesão à medicação esta longe de atingir os valores preconizados e esperados. Este estudo demonstrou que as pessoas idosas vivem com regimes medicamentosos complexos e que as taxas de adesão comprometem o sucesso terapêutico desejado. A baixa adesão à medicação é, deste modo, um problema relativamente comum nas pessoas com doença crónica e terapêutica medicamentosa de longa duração, e os dados apresentados neste trabalho corroboram essas evidências, afirmando assim a pertinência e justificação deste estudo.

É ainda de salientar, que as pessoas idosas, ao serem confrontadas com o diagnóstico de uma doença crónica, vivenciam uma situação de crise que requer uma transição para alcançar de novo um estado de equilíbrio. Assim, os enfermeiros, ao cuidar de pessoas com doença crónica devem assentar a sua prática em intervenções complexas, articuladas e centradas na pessoa, com o intuito de facilitar transições saudáveis e autonomia no autocuidado, para que a pessoa possa gerir a sua doença de forma eficaz, minimizando o risco de complicações e promovendo o máximo de qualidade de vida.

Neste sentido, importa salientar a responsabilidade dos enfermeiros no diagnóstico precoce de uma gestão medicamentosa ineficaz e na prevenção de complicações, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de acontecimentos adversos indesejáveis.

Referimos ainda, a necessidade de mais investigação nesta área com o intuito de aumentar o nível de evidência e assim ser possível uma implementação a larga escala.

Concluiu-se assim que atendendo à complexidade da temática, os Enfermeiros, devem intervir numa perspectiva inter e transdisciplinar, de forma a implementar estratégias adequadas às pessoas idosas, sempre numa perspectiva holística. A promoção do autocuidado no âmbito da adesão medicamentosa é responsabilidade do enfermeiro que deverá ajudar a pessoa idosa a gerir o seu regime medicamentoso de forma eficaz e segura.

A consulta de enfermagem surge como um espaço privilegiado para uma interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa, no estabelecimento de um compromisso no processo de cuidar, onde esta é assumida como agente ativo e decisor das estratégias delineadas, em prol de um envelhecimento saudável que engloba a adoção e manutenção de comportamentos aderentes. A intervenção de enfermagem desenvolvida deverá ser ajustada à individualidade da pessoa idosa e do seu perfil de autocuidado, sendo imprescindível ampliar a investigação neste domínio, aumentando a evidência científica, o que permitirá suportar a tomada de decisão clínica e o agir profissional, bem como contribuir para o desenho de políticas de saúde.

O planeamento de cuidados em saúde por parte dos enfermeiros requer conhecer, caracterizar e intervir junto da comunidade, procurando dar resposta às necessidades das pessoas face aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos. Com o término desta investigação sugerem-se investigações futuras, a outros contextos e outras populações, testando assim a transversalidade da intervenção face a outras populações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Active Ageing: A policy Framework. Geneva: WHO; 2002.
2. World Health Organization. Adherence to long term-therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
3. Caliri MHL, Marziale MHP. A prática de enfermagem baseada em evidências. Conceitos e informações disponíveis Online. Rev. Latino-Am. enfermagem. 2000 Ago;8(4):103-4.
4. Midões C. Factores Determinantes no consumo de medicamentos. Um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde. 2013 Jul;10:16-21.
5. Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. Conservar-se em forma na idade avançada: recomendado aos prestadores de cuidados informais. 2. ed. Lisboa. DGS; 2000.
6. Palma CMA. O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso no idoso: projeto de intervenção em saúde comunitária. Beja. Dissertação [Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária] – Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Beja; 2012.
7. Gonçalves C, Carrilho MJ. Envelhecimento crescente, mas espacialmente desigual. Revista de estudos demográficos. 2007:21-38.
8. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Portugal Idade Maior em Números. Lisboa: DGS; 2014.
9. United Nations. World Population Prospects: 2017 Revision. Nova Iorque: United Nations; 2017.
10. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente 2015-2080. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2017.
11. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente 2008-2060. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2009.
12. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2010.
13. Organização Pan-Americana da Saúde e WHO. Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

14. Instituto Nacional de Estatística. Dia Mundial do idoso 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2015.
15. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrato de Portugal: Indicadores 2018. PORDATA. 2018
16. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2017.
17. HelpAge. Global Age Watch Index 2015: Insight report. Londres: HelpAge International; 2015.
18. HelpAge. Global Age Watch Index 2013: Insight report. Londres: HelpAge International; 2013
19. Instituto Nacional de Estatística. O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa: INE; 2002.
20. Jacinto SFG. A gestão da doença crónica: a influência de um programa de exercícios terapêuticos na qualidade de vida. Vila Real. Dissertação [Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde] – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2010.
21. Schroots JJF, Birren JE. Concepts of Time and Aging in Science. In: Schaie KW, Willis S. Handbook of the Psychology of Aging. 8. ed. London: Academic Press; 2015.
22. Netto MP. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
23. Marchand, H. M. (1999). O desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
24. Spar JE, La Rue A. Psiquiatria Geriátrica: Guia Prático da Medicina. [S.I.]: Climepsi Editores; 2005.
25. Gaster B, Hirsch IB. The effects of Improved Glycemic Control on Complications in Type 2 Diabetes. Arch Intern Med. 1998 Jan;158(26):134-40.
26. Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice. Porto: Ambar; 2004.
27. Helin, S. (2000). Functional decline and the process of compensation in elderly people. Studies in Sport, Physical Education and Health. 71, 195-204.
28. Morgado e Viegas. O idoso e o exercício físico. Ecos de Enfermagem. 2007; 38: 21-2.



29. Portugal - República Portuguesa. Diário da República n.º 199/2016, Série II de 17 de outubro de 2016. Despacho n.º 12427/2016.
30. Mendes EV. As redes de atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
31. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias Dk, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12-28.
32. Modern Standards and Service Model: Older people. London: Department of Health; 2001.
33. Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zenther A. Tacking chronic disease in Europe – strategies, interventions and challenges. Observatory Studies Series n.º 20. Reino Unido: 2010.
34. World Health Organization . Noncommunicable diseases - Key facts. [Web page]. Geneva: WHO; 2018; [atualizado em 01 de junho de 2018]; Disponível na internet: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
35. Branco MJ, Nogueira PJ, Contreiras T. Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal continental. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2005.
36. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. A saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
37. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(3):364-71.
38. Leventhal H, Leventhal EA, Nguyen TV. Reactions of families to illness: theoretical models and perspectives. In Turk DC, Kens RD. *Health, illness and families: a life-span perspective.* Nova Iorque: Wiley; 1985.
39. Ribeiro JLP. *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde.* Lisboa: Placebo Editora; 2010.
40. Silva LF, Guedes MVC, Moreira P, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta paul. Enferm.* 2002;15(1):40-7.
41. Meneses RF, Ribeiro JL. Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadores da acção. *Análise Psicologia* 2000;4(XVIII):523-38.



42. Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Genebra: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
43. Nolte E, Mckee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Inglaterra: McGrawHill; 2008.
44. Bolander VB. Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta; 1998.
45. Pinheiro CTM. Gestão das doenças crónicas, implicações na prática nos cuidados de saúde primários. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Comunicação em Saúde] – Universidade Aberta; 2008.
46. Pereira CSM. Contributo para a implementação da classificação internacional de funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde] – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 2008.
47. International Diabetes Federation. Managing Older People with Type 2 Diabetes: Global Guideline. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2013.
48. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995–2025: Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care*. 1998;21(9):1414–31.
49. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998;352(9131): 854-65.
50. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321:405-12. Doi: 10.1136/bmj.321.7258.405
51. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2018 Abridged for Primary Care. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl):S1-159. Doi: 10.2337/cd17-0119
52. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistic Report, 2017. Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, US. Dept of Health and human Services; 2017.

53. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números - O ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2016.
54. Kirkman MS et al. Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*. 2012;35(12):2650-64. Doi: 10.2337/dc12-1801
55. World Health Organization. Global Report for Diabetes. França: WHO; 2016.
56. Okhubo Y et al. Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetes microvascular complications in Japanese patients with non-insulin dependent diabetes mellitus: A randomized prospective six year study. *Diabetes Res Clin Pract*. 1995;28(2):103-17.
57. Li Y, Burrows NR, Gregg EW, Albright A, Geiss LS. Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008. *Diabetes Care*. 2012;35(2):273-7. Doi: 10.2337/dc11-1360
58. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA, California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5 Suppl):S265-80. Doi: 10.1046/j.1532-5415.51.5s.1.x
59. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The Power of Prevention: Chronic disease... the public health challenge of the 21<sup>st</sup> century. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2009.
60. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;329(14):977-86.
61. Litzelman DK et al. Reduction of lower clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Ann Intern Med*. 1993;119(1):36-41.
62. Ferris FL. How effective are treatments for diabetic retinopathy. *JAMA*. 1993;269(10):1290-1. Doi: 10.1001/jama.1993.03500100088034
63. American Diabetes Association. Economic costs of Diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*. 2013;36(4):1033-46. Doi: 10.2337/dc12-2625

64. Liebl A et al. Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany - results from the CODE-2 study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2002;110(1):10-6.
65. Liebl A et al. Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study. *Dtsch Med Wochenschr*. 2001;126(20):585-89.
66. Kangas T et al. Structure and Costs of Health Care of Diabetic Patients in Finland. *Diabetes Care*. 1996;19(5):494-7.
67. Henriksson F et al. Direct medical costs for patients with type 2 diabetes in Sweden. *J Intern Med*. 2000;248(5):387-96.
68. Zhou X, Zhang P, Hoerger TJ. Lifetime Direct Medical Costs of Treating Type 2 Diabetes and Diabetic Complications. *Am J Prev Med*. 2013;45(3):253-61. Doi: 10.1016/j.amepre.2013.04.017
69. Gardete-Correia L et al. First Diabetes prevalence Study in Portugal: PREVADIAB Study. *Diabet Med*. 2010;27(8):879-81. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03017.x.
70. Narayan K MV, Boyle JP, Thompson TJ, Sorensen SW, Williamson DF. Lifetime Risk for Diabetes Mellitus in the United States. *JAMA*. 2003;290(14):1884-90.
71. Henriques, MAP. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem. Lisboa. Tese [Doutoramento em Enfermagem] – Universidade de Lisboa; 2011.
72. WHO. Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century. The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO, 2005.
73. Brandt N. Geriatric Polypharmacy: Unraveling the Mystery. *Johns Hopkins Adv Stu Med*. 2006;6(4):182-88.
74. Frazier SC. Health Outcomes and Polypharmacy in Elderly Individuals: An Integrated Review Literature. *Journal of Gerontological Nursing*. 2005;31(9):4-11. Doi: 10.3928/0098-9134-20050901-04
75. Niewlaat R et al. Interventions for enhancing medication adherence (CD000011). *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2014. Doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
76. Sackett DL et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 1975;1(7918):1205-7.
77. Anonymous. Critical Overview of antihypertensive therapies: what is preventing us from getting there? Based on presentation by mark A. Munger, PharmD. *Am J Manag Care*. 2000;6(4):S211-21.

78. Beckles GL et al. Population-based assessment of the level of care among adults with diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 1998;21(9):1432-38. Doi: 10.2337/diacare.21.9.1432
79. Poulsen K, Pachana NA. Depression and Anxiety in Older and Middle-aged Adults with Diabetes. *Australian Psychologist*. 2012;47(2):90-7. Doi: 10.1111/j.17429544.2010.00020.x
80. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*. 2012;16(3):205-14.
81. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Ver. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015;18(2):327-37. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14074
82. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(1):11-23. Doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004
83. Johnson MJ, Williams M, Marshall ES. Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clin Nurs Res*. 1999;8(4):318-35.
84. American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes - 2017. *Diabetes Care*. 2017;40(1):S1-S135.
85. Zinman B. Glucose control in type 1 diabetes: from conventional to intensive therapy. *Clinical Cornerstone*. 1998;1(3):29-38.
86. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self care. *Social Science and Medicine*. 1978;12:369-76.
87. National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Londres: NCCSDO; 2005.
88. McLean W. Medication adherence initiatives – part I. *Canadian Pharmacists Journal*. 2007;140(4):254-61. Doi: 10.3821/1913701X2007140254
89. Segal JZ. “Compliance” to “Concordance”: a critical view. *J Med Humanit*. 2007;28:81-96.
90. Cramer JA et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11(1):44-7. Doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x.



91. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press; 1979.
92. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol.* 1993; 72(10):68D-74D.
93. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331–42. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
94. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-97. Doi: 10.1056/NEJMra050100
95. Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). Classificação Internacional para a prática Enfermagem. Versão B 2, 1ª Edição, ICN Genebra.
96. Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
97. Kralic D, Paterson B, Coates V. Translating Chronic Illness Research into Practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
98. Reiners AAO. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico. Ribeirão Preto. Dissertação [Doutoramento em Enfermagem Fundamental] – Universidade de São Paulo; 2005.
99. Pereira MG, Costa V. Processo de Tomada de Decisão na Saúde: A adesão terapêutica na Diabetes tipo 2. In Rodrigues F. Influência do Neuromarketing nos Processos de Tomada de Decisão. Viseu: Psicossoma; 2011.
100. Lubkin IM, Larsen PD. Lubkin's Chronic Illness – Impact and Intervention. 9ª ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2016.
101. Kripalanis S, Weiss BD. Teaching about health literacy and clear communication. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):888-90.
102. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Mang Health Policy.* 2014;7:35-44. Doi: 10.2147/RMHP.S19801
103. Health Information and Quality Authority. Medicines Management Guidance. Dublin: Health Information and Quality Authority; 2015
104. Juliane B. Nursing guidelines: Management of Medicines in Aged Care. Melbourne: Australian Nursing and Midwifery Federation; 2013.
105. Rodrigues MB, Prates BJ. Programa de Intervenção para a adesão ao regime



- medicamentoso. Idanha: Ordem dos enfermeiros; 2011.
106. Al-Maskari F, El-Sadig M, Nagelkerke N. Assessment of the direct medical costs of diabetes mellitus and its complications in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*. 2010;10:679-89. Doi: 10.1186/1471-2458-10-679
  107. Morgan M, Watkins CJ. Managing hypertension: belief and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*. 1998;10(4):561-78.
  108. Erwin J, Peters B. Treatment issues for HIV+ Africans in London. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1519-28.
  109. Braverman J, Dedier J. Predictors of Medication Adherence for African American Patients Diagnosed with Hypertension. *Ethn Dis*. 2009;19(4):396-400.
  110. Wilhelm K, Reddy J, Crawford J, Robins L, Campbell L, Proudfoot J. The Importance of screening for mild depression in adults with diabetes. *Translational Biomedicine*. 2017;8(1):1-8. Doi: 10.2167/2172-0479.1000101
  111. De Groot M et al. Depression Among Adults with Diabetes: Prevalence, Impact, and Treatment Options. *Diabetes Spectr*. 2010;23(1):15-8. Doi: 10.2337/diaspect.23.1.15
  112. Li C, Ford ES, Strine TW, Mokdad AH. Prevalence of Depression Among U.S. Adults with Diabetes: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetes Care*. 2008;31(1):105-7.
  113. Griffith R. Improving patients' adherence to medical regimens. *Practice Nursing* 2006; 31(4):21-4.
  114. Dailey G. Early and intensive therapy for management of hyperglycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. *Clin Ther*. 2011;33(6):665-78. Doi: 10.1016/j.clinthera.2011.04.025
  115. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005;17(4):123-32.
  116. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SHD. Prescribing for older people. *BMJ*. 2008;336(7644):606-9. Doi: 10.1136/bmj.39503.424653.80
  117. Cantlay A, Glyn T, Barton N. Polypharmacy in the elderly. *InnovAiT*. 2016;9(2):69-75. Doi: 10.1177/1755738015614038

118. Riker GI, Setter SM. Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it - implications for home healthcare and hospice. *Home Healthc Nurse* 2012;30(8):474-85. Doi: 10.1097/NHH.0b013e31826502dd
119. Maher RL, Hanlon JT, Haijar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in the Elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(1):1-11 Doi: 10.1517/14740338.2013.827660
120. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17:230. Doi: 10.1186/s12877-017-0621-2
121. Brown MT, Bussel JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304-14. Doi: 10.4065/mcp.2010.0575
122. Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA, Group OS. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65(1):130-3. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02961.x
123. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. *Drugs & aging.* 2009;26(6):493-503. Doi: 10.2165/00002512-200926060-00006
124. Tamura BK, Bell CL, Lubimi K, Iwasaki WN, Ziegler LA, Masaki KH. Physician Intervention for Medication Reduction in a Nursing Home: The Polypharmacy Outcomes Project. *J Am Med Dir Assoc.* 2011;12(5):326-30. Doi: 10.1016/j.jamda.2010.08.013
125. Yong TY, Lau SY, Li JY, Hakendorf P, Thompson CH. Medication prescription among elderly patients admitted through an acute assessment unit. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12(1):93-101. Doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00737.x
126. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27:176-82.
127. Onder G et al. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score. *Arch Intern Med.* 2010;170(13):1142-8. Doi: 10.1001/archinternmed.2010.153

128. Lai SW, Lin CL, Liao KF. Increased Risk of Hip Fracture in Diabetic Elderly. *Kuwait Medical Journal*. 2015;47(2):115-7.
129. Caughey GE, Roughead EE, Vitry AI, McDermott RA, Shakib S, Gilbert AL. Comorbidity in the elderly with diabetes: identification of areas of potential treatment conflicts. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009;87(3):385–93. Doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.019
130. Gokce Kutsal Y et al. Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(7):486-90. Doi: 10.1016/j.jamda.2009.03.018
131. Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs & aging*. 2011;28(7):509-18. Doi: 10.2165/11592010-000000000-00000
132. Mair A et al. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly*. Coimbra: SIMPATHY; 2017.
133. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2006;6:e010989. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010989
134. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLOS ONE*. 2013; 8(12):e80633. Doi: 10.1371/journal.pone.0080633
135. van Geffen EC, Philbert D, van Boheemen C, van Diujuk L, Bos MB, Bouvy MI. Patients' satisfaction with information and experiences with counseling on cardiovascular medication received at pharmacy. *Patient Educ Couns*. 2011;83(3):303-9. Doi: 10.1016/j.pec.2011.04.004
136. Horne R, Hankins M, Jenkins R. The satisfaction with information about medicines scale (SIMS): A new measurement tool for audit and research. *Qual Health Care*. 2001;10(3):135-40. Doi: 10.1136/ghr.0100135
137. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol*. 19(4):357-62.
138. Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*. 1993;48(4):63-66.

139. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*. 2015;1:1-12. Doi: 10.1155/2015/217047
140. Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, van Royen P. Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes: A sub-analysis of a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;79(3):377-88.
141. Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials*. 2000;21(5):156-63.
142. Márquez-Contreras E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2008;25(5):205-13.
143. Milstein-Moscatti I, Persano S, Castro LLC. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In Castro LLC. *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. Salvador: AG Editora; 2000.
144. Kang J, Park YS, Kim SH, Kim SH, Jun MY. Modern methods for analysis of antiepileptic drugs in the biological fluids for pharmacokinetics, bioequivalence and therapeutic drug monitoring. *Korean J Physiol Pharmacol*. 2011;15(2):67-81. Doi: 10.4196/kjpp.2011.15.2.67
145. Vik, SA, CJ Maxwell, DB Hogan (2004) Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother*. 2004;38(2):303-12.
146. Nursing and Midwifery Council. Standards for medicines management. Londres: Nursing and Midwifery Council; 2001.
147. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*. 2005;22(3):231-55.
148. Obreli-Neto PR et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2010;13(3):229-33.
149. Raehl CL, Bond CA, Woods T, Patry RA, Sleeper RB. Individualized drug use assessment in the elderly. *Pharmacotherapy*. 2002;22(10):1239-48.
150. Cramer JA. Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. *Drugs Aging*. 1998;12(1):7-15.



151. Williams A, Manjas E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008;63(2):132-43. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04656.x
152. Duncar-Jacob J, Bohachuck P, Mortimer MK, Sereika SM, Foley SM. Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2003;18(3):209-18.
153. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky- Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):279-89. Doi: 10.1590/S0034-89102012005000013
154. Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(12):2979-84.
155. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
156. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24.
157. Knobel H et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16(4):605-13.
158. Martínez BC et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1984;1(4):185-91.
159. Johnson M, Griffiths R, Piper M, Langdon R. Risk factors for an untoward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia. *Public Health Nurs*. 2005;22(1):36-44.
160. Atreja, A, Bellman N, Levy S. Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *Meds Gen Medic*. 2005;7(1):4.
161. Van Onzenoort HAW et al. Assessing medication adherence simultaneously by electronic monitoring and pill count in patients with mild to moderate hypertension. *Am J Hypertens*. 2010;23(2):149-54. Doi: 10.1038/ajh.2009.207
162. Baisley K et al. Summary Measures of Adherence Using Pill Counts in Two HIV Prevention Trials: The Need for Standardisation in Reporting. *AIDS Behav*.



- 2013;17(9):3108-19. Doi: 10.1007/s10461-013-0542-9
163. Hamilton GA. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(3):219-28.
164. Guidoni CM, Borges APS, Freitas O, Pereira LRL. Prescription patterns for diabetes mellitus and therapeutic implications: a population-based analysis. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012;56(2):120-27.
165. Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2006;15(8):565-74.
166. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother*. 2006;40(7-8):1280-88.
167. Obreli-Neto PR et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(4):642-49. Doi: 10.1007/s11096-011-9518-x
168. Guidoni CM, Borges APS, Freitas O, Pereira LRL. Analysis of comorbidities treatment and profile of medical consultations in Diabetes mellitus. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):3015-22.
169. Martins ALT, Baldoni AO, Freitas O, Pereira LRL. Análise do perfil dos usuários de hidroclorotiazida assistidos no Sistema Único de um município de São Paulo – Brasil. *Rev Bras Farm*. 2011;92(4):373-77.
170. Guidoni CM. Estudo da utilização de medicamentos em usuários portadores de diabetes mellitus atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas] – Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; 2009.
171. Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Ouellette VL. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA*. 1989;261(22):3273-7.
172. Zeller A, Schroeder K, Peters TJ. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):2002-7. Doi: 10.1080/02813430701651954
173. Mira JJ et al. A Spanish pillbox app for elderly patients taking multiple

- medications: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2014;16(4):e99. Doi: 10.2196/jmir.3269
174. Alili ME, Vrijens B, Demonceau J, Evers SM, Hiligsmann M. A scoping review of studies comparing the medication event monitoring system (MEMS) with alternative methods for measuring medication adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(1):268-79. Doi: 10.1111/bcp.12942
  175. Kowing D, Messer D, Slagle S, Wasik A, V-POAG Studt Group. Programs to optimize adherence in glaucoma. *Optometry*. 2010;81(7):339-50. Doi: 10.1016/j.optm.2009.09.021
  176. McInnes DK et al. Development and field testing of an HIV medication touch screen computer patient adherence tool with telephone-based, targeted adherence counseling. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2013;12(6):397-406. Doi: 10.1177/1545109712454333
  177. Marcano Belisario JS, Huckvale K, Greenfield G, Car J, Gunn LH. Smartphone and tablet self management apps for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11: CD010013. Doi: 10.1002/14651858.CD010013.pub2
  178. Hayakawa M, Uchimura Y, Omae K, Waki K, Fujita H, Ohe K. A smartphone-based medication self-management system with realtime medication monitoring. *Appl Clin Inform*. 2013;4(1):37-52. Doi: 10.4338(ACI-2012-10-RA-0045
  179. Kane JM, Perlis RH, DiCarlo LA, Au-Yeung K, Duong J, Petrides G. First experience with a wireless system incorporating physiologic assessments and direct confirmation of digital tablet ingestions in ambulatory patients with schizophrenia or bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):e533-540. Doi: 10.4088/JCP.12m08222.
  180. Voncken-Brewster V, Tange H, Moser A, Nagykaldi, Z, de Vries, H, van der Weijden T. Integrating a tailored e-health self-management application for chronic obstructive pulmonary disease patients into primary care: a pilot study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:4. Doi: 10.1186/1471-2296-15-4
  181. Halpern R, Gillard P, Graham GD, Varon SF, Zorowitz RD. Adherence associated with oral medications in the treatment of spasticity. *PM R*. 2013;5(9): 747-56. Doi: 10.1016/j.pmrj.2013.04.022

182. Au-yeung KY et al. A Networked System for Self-Management of Drug Therapy and Wellness. San Diego: Proceeding WH' 10 Wireless Health; 2010:1-9. Doi: 10.1145/1921081.1921083
183. Quirk A, Chaplin R, Hamilton S, Lelliott P, Seale C. Communication about adherence to long-term antipsychotic prescribing: an observational study of psychiatric practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(4):639-47. Doi: 10.1007/s00127-012-0581-y
184. Ong MS, Coiera E. Evaluating the effectiveness of clinical alerts: a signal detection approach. *AMIA Annu Symp Proc*. 2011;1036-1044.
185. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*. 1987;10(2):117-38. doi:10.1016/0738-3991(87)90093-0
186. Whitehead D. A social cognitive model for health education/health promotion practice. *J Adv Nurs*. 2001;36(3):417-25.
187. Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. 3<sup>a</sup> ed. Buckingham: Open University Press; 2004.
188. Heiby EM, Lukens CI, Frank MR. The Health Compliance Model-II. *The Behavior Analyst Today*. 2005;6(1):27-42. Doi: 10.1037/h0100050
189. Machado MMP. Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Minho. Dissertação [Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde] – Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia; 2009.
190. Paúl MC, Fonseca AM *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
191. Ribeiro O, Paúl MC. *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel Edições; 2018.
192. Squire A. *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência; 2005.
193. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. California: Cambridge University Press; 1995. Doi: 10.1017/CBO0780511527692.003
194. WHO. *Global health and ageing*. Geneve: World Health Organization; 2011.

195. Roglic G et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2130-5.
196. Conner M, Norman P. Comparing the health belief model and the theory of planned behaviour in health screening. In Rutter DR, Quine L. *Social psychology and health: European perspectives*. Aldershot, UK: Averbury; 1994.
197. Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):207-13.
198. Bishop G. *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon; 213-4.
199. Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *The Jossey-Bass health series. Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1990.
200. Rotter J. General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966;80(1):1-18. Doi: 10.1037/h0092976
201. Rotter J. Internal versus external control of reinforcement: A case history of variable. *American Psychologist*. 1990;45(4):489-93. Doi: 10.1037/0003-066x.45.4.489
202. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
203. Chick N, Meleis AI. *Transitions: A Nursing Concern*. [SI]: Nursing research methodology; 1986.
204. Bogner HR, Morales KH, Vries HF, Cappola AR. Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Depression Treatment to Improve Medication Adherence: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):15-22 Doi: 10.1370/afm.1344
205. Antonicelli R, Maxxanti I, Abbatecola AM, Parati G. Impact of Home Patient Telemonitoring on Use of  $\beta$ -Blockers in Congestive Heart Failure. *Drugs & Aging*. 2010;27(10):801-805. Doi: 10.2165/11538210-000000000-00000
206. Shaul MP. Transitions framework. In Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.



207. Riegel B, Dickson V. Self-care of Heart Failure: A Situation-Specific Theory of Health Transition (2017). In Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
208. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping Elderly Person in Transition: a framework for Research and Practice. In Swanson EA, Tripp-Reimer T. Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals. New York: Springer; 1999
209. Meleis AI. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company; 2010.
210. Bastos FS. A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Porto. Tese [Doutoramento em Enfermagem] – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2012.
211. Sousa MR. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Braga. Dissertação [Mestrado em Educação, área de especialização de Educação para a Saúde] – Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia; 2003.
212. McGowan P. The efficacy of Diabetes Patient Education and Self-Management Education in Type 2 Diabetes. Canadian Journal of Diabetes. 2011;35(1):46-53. Doi: 10.1016/S1499-2671(11)51008-1
213. Jones G. Prescribing and taking medicines. BMJ. 2003;327(7419):819-20. Doi: 10.1136/bmj.327.7419.819
214. Ferner RE. Is concordance the primrose path to health? BMJ. 2003;327:821-822. Doi: 10.1136/bmj.327.7419.821
215. Elasy TA, Ellis SE, Brown A, Pichert JW. A taxonomy for diabetes educational interventions. Patient Educ Couns. 2001;43(2):121-7.
216. Chryvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43. Doi: 10.1016/j.pec.2015.11.003
217. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. Diabetes Care. 2007;30(10):2433-40.
218. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência,



- Faculdade de Medicina de Lisboa; 2004.
219. Sapkota S, Brien JA, Greenfield J, Asiani P. A Systematic Review of Interventions Addressing Adherence to Anti-Diabetic Medications in Patients with Type 2 Diabetes – Impact on Adherence. PLoS ONE. 2015;10(2):e0118296. Doi: 10.1371/journal.pone.0118296
  220. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. Am J Health Syst Pharm. 2003;60(7):657-65.
  221. O'Brien MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2007;4:CD000409.
  222. Bulechek GM, Butcher H, Dochterman J, Wagner CM. NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2016.
  223. Balasubramanian D, Yoong J, Vrijhoel HJM. Telephone support and adherence in patients with chronic disease – a qualitative review of reviews. Smart Homecare Technology and Telehealth. 2015;3:107-18. Doi: 10.2147/SHTT.S77031
  224. Thakkar J et al. Mobile telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: a meta analysis. JAMA Intern Med. 2016;176(3):340-349. Doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7667
  225. Lee VWY et al. Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? Geriatr Gerontol Int. 2013;13:978-85. Doi: 10.1111/ggi.12042
  226. Hughes, CM. Medication non-adherence in the elderly. How big is the problem?. Drug Aging. 2004;21(12):793-811.
  227. Kreps GL et al. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. Patient Educ Couns. 2011;83(3):1-7. Doi: 10.1016/j.pec.2011.04.029
  228. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto; 2001.
  229. Mahtani KR, Heneghan CJ, Glasziou PP, Perera R. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9:CD005025. Doi: 10.1002/15651858.CD005025.pub3
  230. Wing RR et al. Behavioral science research in diabetes: Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. Diabetes Care. 2001; 24(1):117-23.
  231. Oliveira CJS, José H, Caldas AC. Interventions to Improve Medication Adherence in Aged People with Chronic Disease – Systematic Review. Universal

- Journal of Public Health. 2017;5(1):25-31. Doi: 10.13189/ujph.2017.050104
232. Ordem dos Enfermeiros. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
233. Galinha I, Pais Ribeiro JL. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2005;6(2):203-14.
234. Monterroso, LEP. Avaliação da Adesão e da Gestão do Regime Terapêutico Medicamentoso das Pessoas Idosas Dependentes. Porto. Tese [Doutoramento em Enfermagem] – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2015.
235. Campedelli MC, Benko MA, Castilho V. Processo de enfermagem na Prática. São Paulo: Ática; 1989
236. Potter P, Percy A. Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. 5ª ed. Loures: Lusodidacta; 2006.
237. Orem D. Nursing - concepts of practice. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 2001.
238. Queirós P, Vidinha T, Filho A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; IV(3):157-64. Doi: 10.12707/RIV14081
239. Tomey, AM, Alligood, MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusodidacta; 2004.
240. Ghebrehiwet, T. Nurses and Person-Centred Care. From the third Geneva Conference on Person-Centered Medicine: The team approach in person-centered health care. *The International Journal of Person Centered Medicine*. 2011;1(1):20-2.
241. Medical Research Council. Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance. London: Medical Research Council; 2008.
242. Richards DA, Hallberg IR. Complex Interventions in Health. An overview of research methods. London: Routledge; 2015.
243. Carmo H, Ferreira MM. Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
244. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiologia Básica. 2ª ed. São Paulo: Santos Editora e WHO; 2010.
245. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
246. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*. 2004;24:213-25.
247. Guerra, I. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso.

- Cascais: Príncipeia; 2010.
248. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57. Doi: 10.1093/intqhc/mzm042
249. Moraes R. Análise de conteúdo. *Revista Educação (Porto Alegre)*. 1999;22(37): 7-32
250. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1): 107-15. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
251. Tabosa HR, Pinto VB, Loureiro MM. Análise de regularidades metodológicas em pesquisas brasileiras sobre comportamentos de uso e usuários da informação. *Investigación Bibliotecológica*. 2016;30(70):249-67
252. Fronteira I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Med Port*. 2013;26(2):161-70.
253. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity Index. *Ann Pharmacother*. 2004; 38(9):1369-76. Doi: 10.1345/aph.1D479
254. Marôco, J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 6ª ed. Pêro Pinheiro: Report Number; 2014.
255. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:c332:698-702 Doi: 10.1136/bmj.c332
256. Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009;42(1):3-8
257. Clancy MJ. Overview of research designs. *Emerg Med J*. 2002;19(6):546-9
258. Basto ML. Da Intenção de Mudar à Mudança. *Rei dos Livros*; 1998.
259. Portugal. Decreto-Lei 73/2017 de 21 de Junho. *Diário da República* n.º 118.
260. Pedersini R, Vietri J. Comparison of the 4-item and 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Value in Health*. 2014;17(3):A183 Doi: 10.1016/j.jval.2014.03.1066
261. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.

262. Cabral AC, Moura-Ramos M, Castel-Branco M, Fernandez-Llimos F, Figueiredo IV. Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky medication adherence scale. *Rev Port Cardiol*. 2018;37(4):297-303. Doi: 10.1016/j.repc.2017.09.017
263. WHOQoL Group. Development of World Health Organization WHOQoL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28:551-8.
264. Vaz Serra A et al. Estudos Psicométricos do Instrumento Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-BREF) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006;27(1):41-9.
265. Power M, Quinn K, Marshall A, WHOQoL-OLD Group. Development of the WHOQoL-OLD module. *Quality of Life Research*. 2005;14:2197-214.
266. Vilar M, Sousa LB, Simões MR. Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (Manual Técnico). Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria; 2015.
267. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
268. Henriques MA, Costa MA, Cabrita J. Adherence and medication management by the elderly. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3096-105. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x
269. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes Control With Reciprocal Peer Support Versus Nurse Care Management: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2010;153(8):507-15. Doi: 10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007
270. Logue R. The Impact of Advanced Practice Nursing of Improving Medication Adherence in the Elderly: An Educational Intervention. *The American Journal for Nurse Practitioners*. 2002:9-15.
271. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J, et al. A Telecommunications System for Monitoring and Counseling Patients With Hypertension. Impact on Medication Adherence and Blood Pressure Control. *Am J Hypertens*. 1996;9(4):285-92
272. Solomon DH, Iversen MD, Avorn J, Gleeson T, Brookhart MA, Patrick AR, et al. Osteoporosis Telephonic Intervention to Improve Medication Regimen Adherence: A Large, Pragmatic, Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*.



- 2012;172(6):477-83. Doi: 10.1001/archinternmed.2011.1977
273. Verloo H, Chiolero A, Kiszio B, Kampel T, Santschi V. Nurse interventions to improve medication adherence among discharge older adults: a systematic review. *Age Ageing*. 2017;46(5):747-54. Doi: 10.1093/ageing/afx076
  274. Horvat O, Poprsen J, Tomas A, Kusturica MP, Tomic Z, Sabo A. Factors associated with non-adherence among type 2 diabetic patients in primary care setting in eastern Bosnia and Herzegovina. *Prim Care Diab*. 2017;649:9. Doi: 10.1016/j.pcd.2017.10.002
  275. Zanetti MOB, Moraes JL, Marchetti JM, Andrade RCG. Description of the complexity of prescribed Medication Regimens in Primary Health Care of Ribeirão Preto – SP. *Clin Biomed Res*. 2018;38(1):1-7. Doi: 10.4322/2357-9730.76622
  276. Cruz RS. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*. 2017;18:11-16.
  277. Park HY, Seo SA, Yoo H, Lee K. Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient Preference Adherence*. 2018;12:175-81. Doi: 10.2147/PPA.S151263
  278. Tavares MCS, Lima CMV. Dificuldades do Idoso e Familiares na Medicação Domiciliar. *Revista Interfaces*. 2017;4(12):23-31. Doi: 10.16891/2317-434X.v4.e12.a2017.
  279. Rieckert A et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. *BMC Family Practice*. 2018;19:113. Doi: 10.1186/s12875-018-0795-5
  280. Santos M, Almeida A. Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010;2(III Série):149-62.
  281. Chutka D, Takahashi P, Hoel R. Inappropriate medications for elderly. *Mayo Clinic Proceedings*. 2004;79(1):122-39.
  282. Delafuente, JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2003; 48(2):133-43.
  283. Geitona M, Latsou D, Toska AG, Saridi MI. Polypharmacy and Adherence Among Diabetic Patients in Greece. *The Consultant Pharmacist: The Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 2018;33(10):562-71.
  284. Rossi MI et al. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):317-23. Doi: 10.1016/j.amjopharm.2007.12.001



285. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação 017/2013 sobre Avaliação Antropométrica no Adulto de 05 de dezembro de 2013.
286. Kvamme J et al. Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromso Study. *BMC Psychiatry*. 2011;11(112):1-8.
287. Kvamme JM, Holmen J, Wilsgaard T, Florholmen J, Midthfell K, Jacobsen BK. Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromso and Hunt Studies. *Journal Epidemiology Community Health*. 2012;66:611-17.
288. Bales CW, Ritchie CS. Sarcopenia, weight loss, and nutritional frailty in the elderly. *Annual Review of Nutrition*. 2002;22:309-23.
289. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1997.
290. Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J. A obesidade em Portugal e no Mundo. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
291. Santos A, Pereira CM. A alimentação e hipertensão arterial em Portugal. *Revista Fatores de Risco*. 2014;32(9):13-7.
292. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 026/2011 sobre Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial de 29 de setembro de 2011, atualizada a 19 de março de 2013
293. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 033/2011 sobre Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c de 30 de setembro de 2011, atualizada a 06 de dezembro de 2012
294. Guimarães JPC. Avaliação de risco para pé diabético em idosos portadores de Diabetes *mellitus* tipo 2. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Belo Horizonte; 2011
295. Amorin JCC. Índice de Complexidade da Farmacoterapia numa Amostra de Diabéticos tipo 2 do Concelho de Coimbra. Dissertação [Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas] – Universidade de Coimbra: Faculdade de Farmácia; 2016.
296. Felgueira, JMLC. Satisfação Laboral em Enfermagem e Qualidade dos Serviços em Saúde. Dissertação [Mestrado Gestão de Serviços de Saúde] – Instituto Universitário de Lisboa: ISCTE Business School; 2001.
297. Weller J. Comparison of Home Medication Adherence in Adults Age 65 and Older After Completion of Standardized Discharge Medication Education or Non-Standardized Discharge Medication Education. Tese. 2015

298. Kruger KP, Berger BA, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Advances in Therapy*. 2005;22:313-56.
299. Patton DE, Hughes CM, Cadogan CA. Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults Prescribed Polypharmacy: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2017;34(2):97-113. Doi: 10.1007/s40266-016-0426-6
300. Marcum ZA, Hanlon JT, Murray MD. Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: Na Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. *Drug Aging*. 2017;34(3):191-201. Doi: 10.1007/s40266-016-0433.7
301. Portugal. Portaria 207/2017 de 11 de julho. *Diário da República* 1.<sup>a</sup> série, n.º132.
302. Victo JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):235-40.



## **ANEXOS**





Anexo 1. Consentimento livre e esclarecido – Estudo I



**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE****NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**☒ 1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;

A não adesão à medicação é um problema real e já largamente documentado no seio da comunidade científica. A não adesão acarreta graves problemas para a saúde individual e global. Este estudo qualitativo servirá de alavanca para investigações futuras.

☒ 2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;

Se eu concordar em participar neste estudo, concordo em colaborar numa entrevista semi-estruturada com o intuito de aferir qual a minha percepção face à adesão à medicação na pessoa idosa com Diabetes.

☒ 3. Benefícios;

Como resultado do estudo, os investigadores podem propor estratégias que visam aumentar a adesão à medicação.

☒ 4. Riscos graves e riscos frequentes;

O presente estudo não acarreta nenhum risco.

☒ 5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;

Não se espera que venha a ocorrer qualquer risco.

☒ 6. Riscos de não tratamento.

Sem intervenções alternativas.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Claudia Jorge de Sousa Oliveira

Data

2016-05-24

Número de cédula profissional ou número mecanográfico  
(se não aplicável a primeira disposição)

5-E-51183

Assinatura:

Unidade de Saúde: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde

Contacto institucional do profissional de saúde 217214147

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome

Data

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome

Doc. Identificação N.º:

Data ou validade

Grau de parentesco ou tipo de representação

Assinatura

**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**



## Anexo 2. Guião para as entrevistas aos utentes





**Guião para a Entrevista Semi-Estruturada**  
“ O Idoso Diabético na Gestão do seu Regime Medicamentoso”

**Introdução**

- Breve introdução e apresentação do Estudo
- Objectivos da entrevista
- Regras: respeitar as diferentes opiniões pois todas as opiniões são válidas.

**Caracterização dos participantes**

- Nome
- Idade, Data de Nascimento
- Sexo
- Escolaridade
- Vive só
- Contacto telefónico
- Quantos medicamentos têm prescrito e que toma diariamente

Reflexão sobre o Regime Medicamentoso

Q1 - Como é para si ter Diabetes e como tal, ter que tomar medicação todos os dias?

- a) O que significa para si ter que tomar a medicação para sempre?
- b) Quais os benefícios sentidos por tomar a medicação diariamente?

Q2- Como gere o seu regime medicamentoso?

- a) Toma a medicação todos os dias à mesma hora?
- b) Quais as dificuldades sentidas no que diz respeito ao cumprimento do regime medicamentoso

Q3 - Que tipo de intervenção por parte dos enfermeiros considera importante para o ajudar a cumprir o seu regime medicamentoso? Fundamentais para melhor gerir o regime medicamentoso?

- a) Quais as medidas a serem desenvolvidas para que tome o medicamento certo, na dose certa à hora certa? Consulta de enfermagem no centro de saúde? Consulta conjunta entre médico e enfermeiro? *Follow-up* através de contacto telefónico? Visita domiciliária? Preparação das caixas de medicação semanal?



### Anexo 3. Guião para as entrevistas realizadas aos profissionais de saúde





**Guião para a Entrevista Semi-Estruturada**  
“ O Idoso Diabético na Gestão do seu Regime Medicamentoso”

**Introdução**

- Breve introdução e apresentação do Estudo
- Objectivos da entrevista
- Regras: respeitar as diferentes opiniões pois todas as opiniões são válidas.

**Caracterização dos participantes**

- Nome
- Idade, Data de Nascimento
- Sexo
- Escolaridade

Reflexão sobre o Regime Medicamentoso

Q1 - Como acha que a pessoa idosa com Diabetes vive face à necessidade em aderir a um regime medicamentoso?

Q2- Como considera que a pessoa idosa gere o seu regime medicamentoso?

a) Toma a medicação todos os dias à mesma hora?

b) Quais as dificuldades sentidas pela pessoa idosa com diabetes, no que diz respeito ao cumprimento do regime medicamentoso?

Q3 - Que tipo de intervenção por parte dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro) considera importante para o ajudar a pessoa idosa com diabetes a cumprir o seu regime medicamentoso?

a) Quais as medidas a serem desenvolvidas para que a pessoa idosa com diabetes tome o medicamento certo, na dose certa à hora certa? Consulta de enfermagem no centro de saúde? Consulta conjunta entre médico e enfermeiro? *Follow-up* através de contacto telefónico? Visita domiciliária? Preparação das caixas de medicação semanal?



#### Anexo 4. Consentimento livre e esclarecido – Estudo II



**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE****NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**☒ 1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;

Atualmente, a população portuguesa encontra-se mais envelhecida, e como tal, surgem as doenças crónicas, sendo a Diabetes mellitus uma das doenças mais frequentes associadas ao envelhecimento. Perante este fenómeno, as pessoas idosas têm a necessidade de ingerir um ou mais medicamentos por dia.

Acredita-se que a medicação prescrita, se ingerida corretamente contribui para aumentar a qualidade de vida e esperança média de vida. No entanto, se for ingerida de forma incorreta pode conduzir a sérios problemas de saúde.

☒ 2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;

Se eu concordar em participar neste estudo, concordo em responder a algumas questões sobre mim, sobre a minha qualidade de vida e sobre os meus medicamentos. Este estudo pretende caracterizar o perfil, avaliar a qualidade de vida, avaliar o índice de complexidade do regime medicamentoso e ainda, avaliar a taxa de adesão ao regime medicamentoso das pessoas idosas (65 ou mais anos) com Diabetes tipo 2, inseridas no Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central.

A resposta às questões não traz custos para mim, para além do tempo despendido.

☒ 3. Benefícios;

Como resultado do estudo, os investigadores podem descobrir erros associados à toma dos medicamentos e propor um plano de gestão mais eficaz e seguro.

☒ 4. Riscos graves e riscos frequentes;

O presente estudo não acarreta nenhum risco.

☒ 5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;

Sem nenhuma alternativa.

☒ 6. Riscos de não tratamento.

O presente estudo não acarreta nenhum risco.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Claudia Jorge de Sousa Oliveira

Data

2016-05-24

Número de cédula profissional ou número mecanográfico  
(se não aplicável a primeira disposição)

5-E-51183

Assinatura:

Unidade de Saúde: Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde

Contacto institucional do profissional de saúde 217214147

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome

Data

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome

Doc. Identificação N.º:

Data ou validade

Grau de parentesco ou tipo de representação

Assinatura

**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**





## Anexo 5. Questionário de caracterização sociodemográfica



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE: \_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. GÉNERO	Feminino
	Masculino
2. IDADE	_____ anos
3. ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
	Casado(a)/União de facto
	Divorciado(a)
	Viúvo(a)
4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL	Empregado(a)
	Desempregado(a)
	Reformado(a)
	Outro
5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Não sabe ler nem escrever
	Sabe ler e/ou escrever
	1º - 4º anos
	5º - 6º anos
	7º - 9º anos
	Estudos Universitários
	Outros
6. PROFISSÃO	_____
7. AGREGADO FAMILIAR	Sozinho(a)
	Cônjuge
	Cônjuge e filhos(as)
	Outros
8. NÚMERO DE ANOS DE DIAGNÓSTICO	_____ anos





Anexo 6. Questionário para aferir o Índice de Complexidade Medicamentosa



#### IV – ÍNDICE DE COMPLEXIDADE MEDICAMENTOSA (ICM)

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE: \_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número total de medicamentos (incluindo os SOS): \_\_\_\_\_

##### Instruções:

1. O ICM aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter as suas avaliações baseadas exclusivamente em informações do folheto informativo ou da prescrição médica. Nenhuma suposição deve ser feita com base no julgamento clínico de quem está preenchendo.
2. Existem três secções neste índice (A, B e C). Complete cada secção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três secções para obter o ICM.
3. Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma forma de dosagem) estiver presente no regime mais de uma vez em diferentes concentrações (por exemplo metformina 500mg, 850mg e 1000mg), deverá ser considerada apenas uma medicação.
4. Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha a informação adicional com a menor dose/frequência (por exemplo salbutamol inalador, 1-2 *puffs*, 2-3 vezes por dia, terá pontos para “Inaladores de dose calibrada”, “2x dia” e “dose variável”, mas não para “múltiplas unidades ao mesmo tempo”).
5. Em alguns casos, a frequência precisa ser calculada (por exemplo, glicazida 1 de manhã e 1 à noite = 2x dia).
6. Em determinadas instruções, como “usar conforme indicado”, não será pontuado a frequência (por exemplo, glibenclamida 5mg uso conforme indicado).
7. Caso exista mais de uma indicação de frequência para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as indicações de frequência (por exemplo, salbutamol inalador, 2 *puffs*, 2 vezes por dia e em SOS, deverá ser atribuídos pontos para “Inaladores de dose calibrada”, “2x dia”, “SOS” e ainda, como “múltiplas unidades ao mesmo tempo”).
8. Situações em que duas ou mais medicações são mutuamente exclusivas precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a frequência recomendada e como “SOS” (por exemplo, salbutamol inalador ou salbutamol solução para nebulização 2x dia, deverá obter pontos para ambas formas de dosagem “inaladores de dose calibrada” e “nebulizadores” e também na frequência de duas vezes para “2x dia SOS”).
9. Casos em que não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do utente (por exemplo, “seis vezes ao dia”, pode ser considerado como “4/4 horas”).

A) Faça um círculo no peso correspondente para cada forma de dosagem presente no regime medicamentoso.

Formas de dosagem			Peso
ORAL	Cápsulas/comprimidos		1
	Gargarejos/colutórios		2
	Pastilhas		2
	Líquidos		2
	Pós/granulados		2
	Spray/comprimidos sublinguais		2
TÓPICO	Creme/géis/pomadas		2
	Emplastros		3
	Tinturas/soluções de uso tópico		2
	Pastas		3
	Adesivos transdérmicos		2
	Spray de uso tópico		1
OUVIDO, OLHOS E NARIZ	Gotas/cremes/pomadas para o ouvido		3
	Colírios/gotas para os olhos		3
	Géis/pomadas para os olhos		3
	Gotas/cremes/pomadas nasais		3
	Spray nasal		2
INALAÇÃO	Pó seco/cápsulas para inalação		3
	Inaladores de dose calibrada		4
	Nebulizadores		5
	Oxigénio		3
OUTROS	Fluídos para diálise		5
	Enemas		2
	Injecções:	Pré-carregadas	3
		Ampolas/frascos	4
	Óvulos vaginais		3
	Analgesia controlado pelo utente		2
	Supositórios		2
	Cremes vaginais		2
Total Seção A			

**B) Para cada medicação marque (X) no quadrado corresponde à sua frequência. Então, some o número de (X) em cada categoria e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolha a melhor opção.**

Frequência	Medicações										Total	Peso	Total x Peso
1x dia												1	
1x dia SOS												0.5	
2x dia												2	
2x dia SOS												1	
3x dia												3	
3x dia SOS												1.5	
4x dia												4	
4x dia SOS												2	
12/12h												2.5	
12/12h SOS												1.5	
8/8h												3.5	
8/8h SOS												2	
6/6h												4.5	
6/6h SOS												2.5	
4/4h												6.5	
4/4h SOS												3.5	
2/2h												12.5	
2/h SOS												6.5	
SOS												0.5	
Dias alternados ou menos frequência												2	
Oxigênio SOS												1	
Oxigênio <5 h												2	
Oxigênio >15 h												3	
Total seção B													



C) Marque com (X) o quadrado que corresponde às informações adicionais, caso exista no regime medicamentoso. Então, some o número de (X) em cada categoria e multiplique pelo peso correspondente.

Informações Adicionais	Medicações								Total	Peso	Peso x número de medicações
Partir ou triturar o comprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Dissolver o comprimido/pó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex. 2 comprimidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Dose variável (p. ex. 1-2 cápsulas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex. manhã, noite, 8 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Relação com alimento (p. ex. com alimento, antes das refeições, depois das refeições)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Tomar com líquido específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	
Tomar/usar conforme indicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
Doses alternadas (p. ex. 1 manhã e 2 noite, ½ comprimido em dias alternados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3	
<b>Total Seção C</b>											
<b>Total da complexidade medicamentosa = _____</b> <b>[Total (A) + Total (B) + Total (C)]</b>											

## Anexo 7. Consentimento livre e esclarecido – Estudo III



**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE****NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**☒ 1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;

Atualmente, a população portuguesa encontra-se mais envelhecida, e como tal, surgem as doenças crónicas, sendo a Diabetes mellitus uma das doenças mais frequentes associadas ao envelhecimento. Perante este fenómeno, as pessoas idosas têm a necessidade de ingerir um ou mais medicamentos por dia.

Acredita-se que a medicação prescrita, se ingerida corretamente contribui para aumentar a qualidade de vida e esperança média de vida. No entanto, se for ingerida de forma incorreta pode conduzir a sérios problemas de saúde.

☒ 2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;

Se eu concordar em participar neste estudo, concordo em responder a algumas questões sobre mim, sobre a minha qualidade de vida e sobre os meus medicamentos. Concordo que o enfermeiro possa avaliar o meu peso, a minha altura, o meu perímetro abdominal, a minha pressão arterial, a minha glicemia capilar e o meu nível de hemoglobina glicosada.

O presente estudo tem uma duração de 6 meses. Este estudo tem como objetivo testar a eficácia de uma intervenção de enfermagem para a promoção da adesão ao regime medicamentoso das pessoas idosas com Diabetes tipo 2, inseridas no Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I – Central.

☒ 3. Benefícios;

Como resultado do estudo, os investigadores podem ajudar-me a gerir melhor os meus medicamentos e ter mais qualidade de vida.

☒ 4. Riscos graves e riscos frequentes;

O presente estudo não acarreta nenhum risco.

☒ 5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;

Não se espera que venha a ocorrer qualquer risco.

☒ 6. Riscos de não tratamento.

Sem intervenções alternativas.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Claudia Jorge de Sousa Oliveira

Data

2016-05-24

Número de cédula profissional ou número mecanográfico  
(se não aplicável a primeira disposição)

5-E-51183

Assinatura:

Unidade de Saúde: Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde

Contacto institucional do profissional de saúde 217214147

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome

Data

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome

Doc. Identificação N.º:

Data ou validade

Grau de parentesco ou tipo de representação

Assinatura

**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**





Anexo 8. Sessão de formação aos enfermeiros da USF A (grupo experimental)



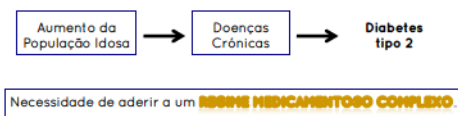
## PROMOÇÃO DA ADEÇÃO MEDICAMENTOSA NA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Oliveira, C. *do* ~~Shaleet~~  
José, H.  
Castro Caldas, A

### Sumário:

1. Enquadramento teórico
2. Finalidade do estudo
3. Critérios de Inclusão
4. Critérios de Exclusão
5. Intervenção de enfermagem: *SimpleAdhere*
6. Implementação
7. Considerações éticas
8. Referências bibliográficas

### Enquadramento teórico:



### Enquadramento teórico:

**Compliance** - "The extent to which the patient's behaviour matches the prescriber's recommendations" (Haynes, Taylor and Sackett, 1979)

**Adherence** - "The extent to which a person's behaviour [in] taking medication...corresponds with agreed recommendations from a health care provider" WHO (2003)

**Concordance** - "A new approach to the prescribing and taking of medicines. It is an agreement reached after negotiation between a patient and a health care professional that respects the beliefs and wishes of the patient in determining whether, when and how medicines are to be taken. Although reciprocal, this is an alliance in which the health care professionals recognise the primacy of the patient's decisions about taking the recommended medications" (Medicines Partnership, 2001)

## Enquadramento teórico:



5

## Enquadramento teórico:

### Não-adesão:

Falha na prescrição inicial ou seguintes;  
Interrupção da medicação antes do término previsto;  
Toma em maior ou menor quantidade do que a prescrita;  
Toma da dose prescrita no horário errado.

ASA & ASCP (2006)

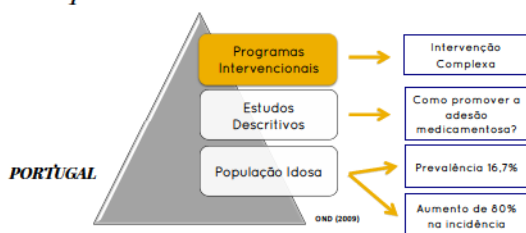


Aumento de hospitalizações e institucionalizações em lares  
Aumento da morbilidade e mortalidade  
Diminuição da qualidade de vida  
Aumento dos custos em saúde

ASA & ASCP (2006), NCCSDO (2005), WHO (2003)

6

## Enquadramento teórico:



7

## Finalidade do estudo:

Clarificar a prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo 2 e propor uma intervenção complexa, com vista à adesão do regime medicamentoso.



"A eficácia dos cuidados de enfermagem poderá ficar demonstrada através de intervenções e actividades de enfermagem que provoquem resultados nas pessoas sensíveis a esses cuidados"

Henriques (2011)

8

### *Critérios de Inclusão:*

- Clarificar a prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo 2 e propor uma intervenção complexa, com vista à adesão do regime medicamentoso.

9

### *Critérios de Exclusão:*

- Clarificar a prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo 2 e propor uma intervenção complexa, com vista à adesão do regime medicamentoso.

10

### *Intervenção de enfermagem:*

Considerar em primeira instância, que a gestão ineficaz da doença crónica é consequência da não adesão medicamentosa



- Questionamento sobre quais os medicamentos prescritos e quais o que ingere diariamente;
- Determinação da capacidade do doente para automedicar-se e gerir o seu regime medicamentoso;
- Explicação sobre as vantagens da adesão ao regime medicamentoso e as consequências da não adesão;
- Discussão sobre as dificuldades na gestão do regime medicamentoso;
- Identificação dos medicamentos sem prescrição médica que são ingeridos.

11

### *Intervenção de enfermagem:*

Desenvolver e implementar uma política organizacional sistemática para questionar a pessoa sobre a gestão do regime medicamentoso



- Entrega prévia à consulta de um questionário ao doente, com o intuito de saber quais os hábitos, no que concerne ao regime medicamentoso, dificuldades e efeitos secundários sentidos;
- Articulação com o médico assistente para aferir qual o regime medicamentoso prescrito para aquela pessoa, sempre que necessário.

12



## Intervenção de enfermagem:

Identificar os fatores preditores da não adesão ao regime medicamentoso prescrito



- Identificação das causas da não adesão (medo, custo, mal-entendidos, regime complexo, falta de sintomas, preocupação, depressão, desconfiança, entre outros);
- Discussão sobre as preocupações de cariz financeiro, relativas ao regime medicamentoso;
- Gestão de expectativas em relação à eficácia da terapêutica.

13

## Intervenção de enfermagem:

Criar uma consulta de enfermagem para capacitar o doente para uma gestão eficaz da medicação



- Promoção de um ambiente empático;
- Criação de um ambiente de aprendizagem sem distrações, relaxante e confortável;
- Promoção de momento de escuta ativa sem juízos de valor;
- Agradecimento por o doente ter partilhado o seu comportamento;
- Reforço positivo aos doentes;
- Identificação das necessidades de aprendizagem.

14

## Intervenção de enfermagem:

Adaptar o agir do enfermeiro, na equipa multidisciplinar, atendendo à individualidade da pessoa doente.



- Sempre que necessário, é realizada articulação com o médico assistente para alteração/reajuste do esquema medicamentoso;
- Avaliação da capacidade e receptividade do doente e família na adesão medicamentosa;
- Manutenção de expectativas realistas.

15

## Intervenção de enfermagem:

Responsabilizar a pessoa doente enquanto agente ativo na decisão terapêutica



- Disponibilização de horários alternativos e modalidades de automedicação para minimizar os efeitos adversos sobre o estilo de vida;
- Ensino ao doente para a auto-monitorização da doença (glicémia capilar, tensão arterial);
- Auxílio ao doente e família a realizar ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos;
- Envolvimento da família no processo educacional.

16

## Intervenção de enfermagem:

Promover uma gestão eficaz do regime medicamentoso da pessoa com doença crónica



- Fornecimento ao doente de uma lista de recursos para contacto em caso de necessidade;
- Sempre que necessário, criação de memorandos adequados às necessidades de cada pessoa, como por exemplo:
  - Identificação das embalagens;
  - Informação visual sobre a toma da medicação;
  - Caixas de contagem e distribuição de medicação;
  - Alertas para a adesão a consultas e à medicação;
  - Alertas para a aquisição de receita para manutenção do esquema proposto (contacto telefónico);

17

## Intervenção de enfermagem:

Promover uma gestão eficaz do regime medicamentoso da pessoa com doença crónica



- Contacto telefónico ao doente e/ou a família, na 2ª, 5ª e 8ª semana após consulta de enfermagem, onde devem ser avaliadas as dúvidas e as dificuldades das pessoas relativamente ao esquema medicamentoso. A partir da 8ª semana, o contacto telefónico deve ser ajustado de forma individual;
- Fornecimento ao doente e familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos conforme prescritos;
- Entrega do plano medicamentoso no final da consulta;
- Reforço pela melhoria da adesão medicamentosa.

18

## Implementação:



19

## Implementação:



Atendendo sempre à individualidade de cada pessoa

20

## Considerações éticas:



21

## Referências bibliográficas:

- ASA & AEDP. Adult Medication - Improving Medication Adherence in Older Adults. American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation, 2009. Disponível em: [http://www.asaonline.org/Portals/0/ASA\\_AEDP\\_2009.pdf](http://www.asaonline.org/Portals/0/ASA_AEDP_2009.pdf) [consultado 10 Junho 2015].
- Friedman RH, Korte LS, Jaffe A, Smith MS, Stillermaier J, Torgerson J, et al. A Telecommunication System for Monitoring and Counseling Patients With Hypertension: Impact on Medication Adherence and Blood Pressure Control. *American Journal of Hypertension*. 1998 April 10;5(3):389-392.
- Nagler, RB, Taylor, SH, and Beckwith, DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1978. ISBN 0-8018-2962-0.
- Henriques, RAP. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Estudos das Intervenções da Enfermagem. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, 2011. Universidade de Lisboa.
- Hughes, CH. Medication non-adherence in the elderly. *Drug Aging*. 2004; 20(11):451-461.
- Erays SL, Villegun MY, Zhao X, McIntyre CA, Lechert C, Weinberg M, et al. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. *Patient Education and Counseling*. 2003; 51: 341-351.
- Lee SH, Hong SH, Kim CC, Kwon JCH, Leung SL, Yu SH, et al. Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? *Geriatr (Seoul)*. 2015; 15: 578-585. Doi: 10.17195/geri.150402
- Medicines Partnership. From compliance to concordance. 2001. Disponível: <http://www.medicinespartnership.org/Portals/0/MP20010101.pdf> [consultado 10 Junho 2015].
- MCCSD. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation, 2005.
- OMD. Diabetes: Factos e Números - Relatório da Observatório Nacional do Diabetes, Portugal, 2008.
- Schmitt DH, Johnson CE, Bostic J, Stephens J, Reschler MB, Phipps AB, et al. Outpatient telephone intervention to improve medication regimen adherence: A large, pragmatic, randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2012 January 16; 172(14):1177-1183. Doi:10.1093/med/mae201.1177 [consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3333333/>]
- WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.

22

## PROMOÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA NA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Oliveira, C. *coordenador*  
José, H.  
Castro Caldas, A

## Anexo 9. Questionário sobre os dados clínicos





IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE: \_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## II – DADOS CLÍNICOS

	1ª AV.	2ª AV.	3ª AV.	4ª AV.
1. PESO	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg
2. ALTURA	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
3. IMC	_____	_____	_____	_____
4. P. ABDOMINAL	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
5. TENSÃO ARTERIAL	____/____ mmHg	____/____ mmHg	____/____ mmHg	____/____ mmHg
6. FREQ. CARDÍACA	_____ bat/min.	_____ bat/min.	_____ bat/min.	_____ bat/min.
7. HbA1C	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
8. PESQUISA GLICÉMIA	_____ mg/dl	_____ mg/dl	_____ mg/dl	_____ mg/dl
9. RISCO ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO	BAIXO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>	BAIXO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>	BAIXO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>	BAIXO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>



Anexo 10. Escala de avaliação da adesão à medicação – MMAS-8 Itens de Morisky



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE: \_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### III – ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

#### Escala de Adesão Terapêutica de ©Morisky (MMAS-8-Item).

Afirma que está a tomar medicamento(s) para a Diabetes.

Algumas pessoas identificaram vários problemas em relação ao comportamento de tomar os medicamentos e o facto de estarmos interessados nas suas experiências.

Não há respostas certas ou erradas.

Responda a cada pergunta com base na sua experiência pessoal com o seu medicamento para a Diabetes.

(Assinale abaixo o número que corresponde à sua resposta) - NÃO = 1 e SIM = 0

1. Costuma esquecer-se de tomar a sua medicação para a Diabetes?	Não =1	Sim =0
2. Por vezes as pessoas deixam de tomar os seus medicamentos por outras razões, além do esquecimento. Pensando nas últimas duas semanas, houve algum dia em que deixou de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) para a Diabetes?	Não =1	Sim =0
3. Diminuiu o uso ou parou de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) sem conversar com o seu médico, porque se sentia pior quando os tomava?	Não =1	Sim =0
4. Quando viaja ou sai de casa, esquece-se, às vezes, de levar o(s) seu(s) medicamento(s) para a Diabetes?	Não =1	Sim =0
5. Tomou o(s) seu(s) medicamento(s) para a Diabetes ontem?	Não =1	Sim =0
6. Quando sente que a sua Diabetes está controlada, alguma vez deixou de tomar a sua medicação?	Não =1	Sim =0
7. Tomar a medicação para a Diabetes todos os dias é um grande inconveniente para muitas pessoas. Já alguma vez se sentiu incomodado por ter de manter o seu plano de tratamento para a Diabetes?	Não =1	Sim =0



8. Com que frequência tem dificuldade em lembrar-se de tomar todo(s) o(s) seu(s) medicamento(s) para a Diabetes?

- ☐ Nunca/Raramente
- ☐ Esporadicamente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

## Anexo 11. Questionário de qualidade de vida – WHOQoL-BREF



## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5



## Anexo 12. Questionário de qualidade de vida – WHOQoL-OLD



# WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

## Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

### Apresentar o cartão com a escala "*Nada-Muitíssimo*"

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

### Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou "Muito" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou "Nada" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.**

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma  *muito acentuada*, escolha o número correspondente a "Muitíssimo" ⑤. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a "Nada" ①.

①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Muitíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"  
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5



**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou** ou **conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Mau-Muito Bom"**

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo".**

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente".**

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a)** ou **experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo".**

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5





### Anexo 13. Autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados





N/Ref. 02.02  
Proc. n.º 8172 / 2016  
Of. n.º 15804  
Data: 2016-06-08

***Assunto: Notificação de tratamento de dados de investigação clínica***

Com referência ao assunto em epígrafe, ficam V. Exas. notificados de todo o conteúdo da decisão desta CNPD n.º 5488/ 2016 proferido em 08-06-2016, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da CNPD

(Isabel Cristina Cruz)



### **Autorização n.º 5488/ 2016**

Claudia Jorge de Sousa Oliveira, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção da Adesão Medicamentosa na Pessoa Idosa com Diabetes: Ensaio Clínico Randomizado .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.



Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Claudia Jorge de Sousa Oliveira

**Finalidade** – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção da Adesão Medicamentosa na Pessoa Idosa com Diabetes: Ensaio Clínico Randomizado

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados dados de exame físico; dados de meios complementares de diagnóstico; medicação prévia concomitante; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; eventos adversos

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, escrita/ presencialmente

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 08-06-2016

A Presidente





Anexo 14. Autorizações dos autores das escalas originais:

- MRCI/ICM;
- MMAS 8-Item Morisky;
- WHOQoL-BREF;
- WHOQoL-OLD



**De:** Johnson George johnson.george@monash.edu   
**Assunto:** Re: Request for authorization to the author of Medication Regimen Complexity Index  
**Data:** 9 de janeiro de 2016, 03:39  
**Para:** Claudia Sousa Oliveira claudiajs.oliveira@gmail.com

---

JG

Hi Claudia  
Thank you for your interest in the MRCI (portuguese version).  
I am happy for you to use the MRCI with due acknowledgement.  
All the best in your research.  
Best wishes  
Johnson

Dr Johnson George  
Senior Lecturer  
Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences  
Centre for Medicine Use and Safety

Monash University (Parkville Campus)  
381 Royal Parade, Parkville  
VIC 3052, Australia

Tel: +61-(0)3-9903 9178  
Fax: +61-(0)3-9903 9629  
E-mail: [Johnson.George@monash.edu](mailto:Johnson.George@monash.edu)

[www.pharm.monash.edu.au](http://www.pharm.monash.edu.au)

On 8 January 2016 at 15:19, Claudia Sousa Oliveira <[claudiajs.oliveira@gmail.com](mailto:claudiajs.oliveira@gmail.com)> wrote:

Dear Dr. Johnson George

My name is Claudia Jorge de Sousa Oliveira, I'm a PhD student of Doctoral Program in Nursing at Catholic University of Portugal, under the supervision of Professor Helena José (PhD in Nursing) and Professor Alexandre Lemos de castro Caldas (PhD), conducting the study entitled "Promoting Medication Adherence in Older People with Diabetes: Randomized Controlled Trial", come to request your permission to use the Medication Regimen Complexity Index.

If you want further information about this study, you may contact me any time.

Best regards

Claudia J. de Sousa Oliveira



## **MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement**

**Required citations and copyright acknowledgement for the MMAS-8 item scale are available on the final license contract and copyright agreement.**

In consideration for the right to use certain Morisky proprietary psychometric tools and intellectual property, the undersigned researcher (hereunder "Licensee" or "you") agrees to the following:

**A. Ownership and Fees:** All psychometric products as well as their translations, adaptations, computer programs, and scoring algorithms, trade secrets, and any other related documents and information (including those in electronic form) which embody or are related to the MMAS tools (including without limitation the Morisky Medication Adherence Scale 4- and 8-item versions, 4-item Morisky Adherence Questionnaire, and any documentation thereof) are intellectual property of Donald E. Morisky, ScD, ScM, MSPH. ("Owner") Professor of Community Health Sciences, UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, CA 90095-1772 (the address for all payments and communications related to this agreement).

**B. Translations:** Permission will only be granted to translate the MMAS tools subject to the following requirements: all new translations must be made by contracting with the MAPI Institute and final translations must be approved by the Owner. The MAPI Institute employs the most rigorous standards in the translation process using two native linguistic experts to independently conduct forward and backwards translation; the Owner is actively involved in validating each item in the scale and grants use of the translated scale through a separate license agreement that is linked to the License Agreement Contract/Copyright Agreement. Languages that have already been translated and validated by the MAPI Institute can be requested through the Owner/Developer, Dr. Donald E. Morisky.

**C. Use:** Licensee understands and agrees that

1) Changes to the wording or phrasing of any Morisky scale, tool or document require written permission. If any changes made to the wording or phrasing of any MMAS item or other Morisky document without permission, the result cannot be considered the MMAS, and subsequent analyses and/or comparisons to other MMAS data may violate Owner's rights.

2) Coding and scoring criteria of the MMAS-8 are trade secrets of the Owner and as such cannot be divulged in any publication or report without the Owner's prior written permission;

3) Permission to use the trademarks "Morisky," "MORISKY SCALE" or "MMAS" is not and will not be granted for any unauthorized use or translations of the MMAS or other MORISKY intellectual property, in whole or in part. No analyses, research results or publications based on unauthorized changes or translated versions, or results thereof, will use MORISKY, MMAS or confusingly similar attributions.

4) The MORISKY SCALE intellectual property legend on the documents provided to you must be included on the first page of a MORISKY SCALE questionnaire in study documents, and in any reproductions for manuscript or other publication purposes. The footnote must be noted at the end of the first Table or Figure that displays the MMAS-8 items.

5) In case of scientific, administrative or intellectual property misconduct in using the MORISKY SCALE system of questionnaires or the Morisky name or MMAS names, Owner reserves the right to withdraw permission for use and to pursue all legal remedies. Licensee agrees to the jurisdiction in and venue of the State and Federal Courts in Los Angeles County.

6) Further specific requirements, e.g., citations required in publications, may be obtained from the Owner via <dmorisky@ucla.edu>. If you publish your work, you must acknowledge the use of the MMAS-8 in the acknowledgement section of your manuscript by indicating: I have obtained written permission from copyright owners for any excerpts from copyrighted works that are included and have credited the sources in the Article or the Supplemental Materials. The credit footnote is located in the copyright agreement.



## MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement

Please print, sign, and scan (PDF) and email *this agreement* to [dmorisky@ucla.edu](mailto:dmorisky@ucla.edu)

Please sign and return this contractual agreement in a PDF format, to Professor Morisky and he will provide you (upon receipt of the payment invoice) with pages listing the MMAS-8 items, scoring and re-coding criteria and signature authorizing full use of this copyrighted scale. I agree to use only the English version of the MMAS-8 unless I purchase a validated translation of the MMAS-8 through Professor Morisky. I understand that it is a violation of international copyright laws to either use your own translation and call it the "MMAS-8" or use an existing MMAS-8 scale that has been translated and used for another study. The validated translation is non-transferrable and is linked to a specific license agreement and cannot be reproduced, copied, distributed, placed on the internet, published, or used by another individual. If the licensee violates any copyright laws contained in this licensing agreement they will be solely responsible for a \$5000.00 penalty and any associated legal costs.

**Name and Contact Information of Licensee:** Claudia Jorge de Sousa Oliveira, address: Rua Dr. José Filipe Álvares nº37 5ºCentro-Esquerdo, 8005-220 Faro (Portugal), telephone number: 00351965808130 and email address: claudiajs.oliveira@gmail.com or claudias@chalgarve.min-saude.pt

**Title of Study:** "Promoção da Adesão Medicamentosa na Pessoa Idosa com Diabetes: Ensaio Clínico Randomizado" (PT)/ "Promoting Medication Adherence in Older People with Diabetes: Randomized Controlled Trial" (EN).

**Total number of administrations:** 400 (200 for the pre-test and 200 for the post-test).

**Signature of developer/owner of the MMAS-8:** *Donald E. Morisky*  
Donald E. Morisky, ScD, Developer/Owner of the MMAS-8

**Date Signed:** March 14, 2016

**Signature of Licensee:** *Claudia Jorge de Sousa Oliveira* /Claudia Jorge de Sousa Oliveira

**Date Signed:** 11/03/2016

## **MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement**

### **LICENSURE AGREEMENT**

The following shall constitute a contract for use of the © MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCALE (MMAS-8) made on March 9, 2016, between, Claudia Jorge de Sousa Oliveira, Licensee, and Donald E. Morisky, ScD. ScM, MSPH, herein referred to developer/owner of the MMAS- 8.

#### **SECTION 1. USE OF THE MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCALE**

Client hereby uses the Morisky Medication Adherence Scale on the terms set forth in this contract.

#### **SECTION 2. FEES AND TERMS OF USAGE**

In consideration of the owner's intellectual property, client agrees to pay owner a fee of \$400 (\$1.00 x 200 participants administered the MMAS-8 for two times). The license fee is in effect for a one-year period or the duration of the study, whichever is shorter.

#### **SECTION 3. DUTIES OF OWNER**

Owner shall provide the client with a listing of the © 8-item Morisky English scale along with a description of how each item is to be coded and summed to give a total score, ranging from 0 to 8. Psychometric properties of the scale (reliability and validity) will also be provided upon request.

#### **SECTION 4. DUTIES OF THE CLIENT**

Client agrees not to publish, distribute, copy or divulge the contents of the © Morisky Scale or its coding methodology to any individual. Transfer of this intellectual property is prohibited under copyright law.

#### **SECTION 5. TERMS and TERMINATION**

### **MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement**

The license contract is in effect for a one-year or the duration of the study, whichever is shorter. This contract shall automatically terminate without further notice at the end of the term of usage as specified in SECTION 2.

This contract shall automatically terminate without further notice at the end of the term of usage as specified above.

If the Licensee terminated contract the owner will be entitled to the full amount of the contract terms.

### **SECTION 6. PAYMENT OF FEES**

Client shall pay owner the amount of fees calculated based on the terms stated under SECTION 2 at the time of contract signature. Payment shall be made out to: Dr. Donald E. Morisky, Professor, UCLA School of Public Health, 650 Charles E. Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772. Payment must be made at least 45 days after to the signing of this contract. A 10% late payment will be assessed on all late payments. Written notification must be sent to the Owner prior to the payment deadline date if Licensee needs additional time processing the invoice, otherwise a late fee will be assessed.

## MMAS-8 License Contract and Copyright Agreement

# INVOICE #2016-45

Name Donald E. Morisky

Phone #: (310) 825-8508

Address      UCLA School of Public Health  
650 Charles E. Young Drive

South  
46-071 CHS  
Los Angeles, CA 90095-1772

BILLED TO: Claudia Jorge de Sousa  
Oliveira, address: Rua Dr. José Filipe  
Álvares nº37 5ºCentro-Esquerdo, 8005-  
220 Faro (Portugal), telephone number:  
00351965808130 and email address:  
claudiajs.oliveira@gmail.com or  
claudias@chalgurve.min-saude.pt

Date: March 9,  
2016

Period Covered	Task Descriptions										
The license contract is in effect for a one-year following signature and can be renewed for an additional year by submitting a status report of the number of administrations that year and cumulative number of administrations to Dr. Morisky prior to expiration of current contract.	In consideration of the owner's intellectual property, client agrees to pay owner a license fee of \$400 (\$1.00 x 200 participants administered the MMAS-8 for two times plus the validated Portuguese for Portugal translation of the MMAS-8. The licensure fee is in effect for a one-year period. The following shall constitute a contract for use of the © MORISKY SCALE (MMAS-8) made on March 9, 2016, between, <b>Claudia Jorge de Sousa Oliveira, Licensee, and Donald E. Morisky, owner/developer.</b>										
	<table> <tr> <td><b>License Fee</b></td><td><b>\$ 400.00</b></td></tr> <tr> <td><b>Translation Fee</b></td><td><b>\$ 200.00</b></td></tr> <tr> <td><b>Bank Wire Transfer Fee</b></td><td><b>\$ 16.00</b></td></tr> <tr> <td><b>Euro underpayment fee</b></td><td><b>\$ 30.00</b></td></tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td><td><b>\$ 646.00</b></td></tr> </table>	<b>License Fee</b>	<b>\$ 400.00</b>	<b>Translation Fee</b>	<b>\$ 200.00</b>	<b>Bank Wire Transfer Fee</b>	<b>\$ 16.00</b>	<b>Euro underpayment fee</b>	<b>\$ 30.00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>\$ 646.00</b>
<b>License Fee</b>	<b>\$ 400.00</b>										
<b>Translation Fee</b>	<b>\$ 200.00</b>										
<b>Bank Wire Transfer Fee</b>	<b>\$ 16.00</b>										
<b>Euro underpayment fee</b>	<b>\$ 30.00</b>										
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 646.00</b>										

## Transferências Internacionais

→ **Nº Conta à Ordem: 424.10.600436-1 CONTA ORDENADO**

### Dados da Transferência

Referência da Operação: 7325312109451  
Montante da Operação: 646,00 USD (DÓLAR AMERICANO)  
Montante Líquido a Transferir: 646,00 USD (DÓLAR AMERICANO)  
Motivo da Operação: TRANSFERÊNCIA DE NUMERÁRIO

Para a Conta Nº / IBAN: 9766670484  
Banco: WELLS FARGO BANK NA  
Código SWIFT/BIC: WFBIUS6S  
Nome do Beneficiário: DONALD E MORISKY  
Morada: 420 MONTGOMERY ST  
Localidade: SAN FRANCISCO CA 94104  
País: ESTADOS UNIDOS AMÉRICA  
Taxa de Câmbio: 1,1035  
Detalhe da Transferência: MMAS

Despesas de Emissão: Ordenador  
Despesas com a Recepção: Beneficiário

Conversão Monetária: Não  
Recálculo Cambial: Sim

**Nota:** Para quaisquer questões adicionais, contacte-nos através do Phone24, pelo telefone 707 20 20 24.  
Do Estrangeiro ligue +351 21 724 16 24.  
Os dados referentes a transações em USD poderão ser facultados ao Departamento de Tesouro dos EUA, de acordo com as normas aceites pela Comissão Europeia.

### Valores previstos da Operação

Contravalor a Transferir	585,43 € (*)
COMISSÃO EMISSÃO OPE DO	30,00 €
IMP SELO OPE TGIS 17 2 4	1,20 €
<b>Total a debitar</b>	<b>616,63 € (*)</b>

(\*) Valor sujeito a recálculo

**Nº Transacção** **SFF42016031230039**

**Data** **2016-03-12**

A operação foi concluída com sucesso.



**De:** Cláudia Melo claudiasmelosilva@gmail.com  
**Assunto:** Re: Formulário para solicitar acesso ao Instrumento de avaliação WHOQoL-BREF  
**Data:** 18 de dezembro de 2015, 12:18  
**Para:** Claudia Sousa Oliveira claudiajs.oliveira@gmail.com

---

CM

Cara Dra. Cláudia Oliveira,

Em relação à utilização do instrumento WHOQOL-BREF tem autorização para tal, dai ter enviado os respetivos materiais.

Em relação à utilização conjunta, dado que os dois avaliam a qualidade de vida em princípio escolheria apenas um deles e sendo o WHOQOL-OLD mais específico para a população que pretende avaliar penso que poderia ser o mais adequado. No entanto sugiro que coloque essa questão aos autores da escala WHOQOL-OLD.

Atenciosamente,  
Cláudia Melo.

No dia sexta-feira, 18 de dezembro de 2015, Claudia Sousa Oliveira <[claudiajs.oliveira@gmail.com](mailto:claudiajs.oliveira@gmail.com)> escreveu:  
Cara Dra. Cláudia Melo,

Uma vez mais grata pela sua rapidez de resposta.

Em primeiro lugar posso depreender com o seu e-mail que temos autorização para utilizar o WHOQoL-BREF? Desculpe a minha pergunta, mas estava a pensar que enviariam em anexo um documento a mencionar a referida autorização.

Em segundo lugar, grata pela sua sugestão relativamente ao outro instrumento, já enviei mail a solicitar autorização para o referido instrumento.

No entanto, fiquei com uma dúvida. No instrumento WHOQoL-Old sugere a utilizar conjunta com o WHOQoL-BREF, no entanto, você no seu e-mail refere o oposto.

Envio-lhe em anexo o documento que encontrei na internet relativamente à utilização conjunta.

Uma vez mais, grata pela sua disponibilidade.

Atenciosamente  
Claudia Oliveira





**De:** Maria Manuela Vilar [mvilar@fpce.uc.pt](mailto:mvilar@fpce.uc.pt)  
**Assunto:** Re: Pedido de Autorização para utilização do Questionário de Qualidade de Vida - WHOQoL-Old  
**Data:** 21 de dezembro de 2015, 21:28  
**Para:** Cláudia Sousa Oliveira [claudiajs.oliveira@gmail.com](mailto:claudiajs.oliveira@gmail.com)

MV

Cara Cláudia Oliveira,

cordiais saudações

estivemos a ultimar o manual WHOQOL-OLD, por forma a enviar os documentos o mais completos possível...mas atrasámos a tarefa...esperando que ainda possa ser útil para vós e para o vosso projecto, envio o manual WHOQOL-OLD, descritores e respectivo questionário

votos de sucesso e de boas festas

cordiais saudações

mvilar

Em 2015-12-18 09:24, Cláudia Sousa Oliveira escreveu:

Exma. Doutora Manuela Vilar e Doutor Mário Simões,

O meu nome é Cláudia Jorge de Sousa Oliveira e sou doutoranda do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Helena José e com a coordenação do Professor Doutor Alexandre Lemos de Castro Caldas, a realizar o trabalho de investigação intitulado "Promoção da Adesão Medicamentosa na Pessoa Idosa com Diabetes: Ensaio Clínico Randomizado".

Neste seguimento, venho solicitar a sua autorização para utilizar o Questionário de Qualidade de Vida - WHOQoL-Old (versão portuguesa de Portugal) no decurso do nosso trabalho de investigação.

Mais informo que já temos autorização para a utilizar do Instrumento WHOQoL-BREF.

Se pretender algum esclarecimento adicional estou à sua inteira disponibilidade. Grata pela sua disponibilidade,

Atenciosamente

Claudia J. de Sousa Oliveira



Manual  
WHOQ...LD.pdf  
603 KB



Cartões com  
descrit...s.docx  
[A descarregar...](#)



versão final  
itens\_...LD.pdf  
226 KB



## Anexo 15. Autorização da Comissão Ética da ARS Algarve



**De:** Comissão de Ética ARS Algarve [comissaodetica@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:comissaodetica@arsalgarve.min-saude.pt)  
**Assunto:** Fw: Autorização para Estudo de Investigação no âmbito do Doutoramento  
**Data:** 26 de julho de 2016, 10:27  
**Para:** [claudiajs.oliveira@gmail.com](mailto:claudiajs.oliveira@gmail.com)  
**Cc:** Margarida Gouveia [mgouveia@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:mgouveia@arsalgarve.min-saude.pt)

---



Exma. Senhora  
Dra. Cláudia Sousa Oliveira

Serve o presente para informar V. Excelência, que o Estudo se encontra devidamente aprovado pela Comissão de Ética da ARS Algarve, nada mais havendo a acrescentar pela CES.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da Comissão de Ética  
Helena Teofredo  
(Assistente Técnica)

EN 125 Sítio das Figuras Lote 1 -2º 8005-145 Faro  
Tel. 289889900 Fax 289807405





Anexo 16. Parecer do Sr. Presidente da ARS Algarve



040716 008208



Exma. Senhora  
Dra. Cláudia Sousa Oliveira  
claudiajs.oliveira@gmail.com

V/ Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
CES

ASSUNTO: Pedido de Parecer sobre " Autorização para Estudo de Investigação no âmbito do Doutoramento "

Na sequência do e-mail datado de 24 de Maio de 2016, cabe informar V. Excelência, que por meu despacho de 29/06/2016, foi o estudo em epígrafe, autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis  
Presidente do Conselho Diretivo  
da ARS Algarve, I.P



Anexo 17. Parecer da Sra. Diretora Executiva do ACES Central da ARS Algarve





**De:** ACES Central [acescentral@acescentral.min-saude.pt](mailto:acescentral@acescentral.min-saude.pt)   
**Assunto:** Re: Solicitação de parecer para Estudo de Investigação no âmbito do Doutoramento  
**Data:** 14 de julho de 2016, 09:38  
**Para:** Claudia Sousa Oliveira [claudiajs.oliveira@gmail.com](mailto:claudiajs.oliveira@gmail.com)  
**Cc:** Elsa Maia [emaia@acescentral.min-saude.pt](mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt)

---

AC

Exma. Sra.  
Enf<sup>a</sup> Cláudia Oliveira

Encarrega-me a Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Algarve I Central, Dra. Gabriela Peixoto, de informe que o ACES concorda com o estudo proposto.

Mais se informa, que deve entrar em contacto com a Sra. Vogal do Conselho Clínico e da Saúde do ACES Central - Enf.<sup>a</sup> Elsa Maia.

E-mail: [emaia@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:emaia@arsalgarve.min-saude.pt)  
Tel: 289 830 348

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Silva  
Secretariado do ACES Algarve I - Central

ACES Algarve I - Central  
Urbanização Graça Mira - Lejana de Cima  
8009-003 Faro  
Tel. 289 830 348  
Fax. 289 830 301